Analiza Sinelui

HEINZ KOHUT

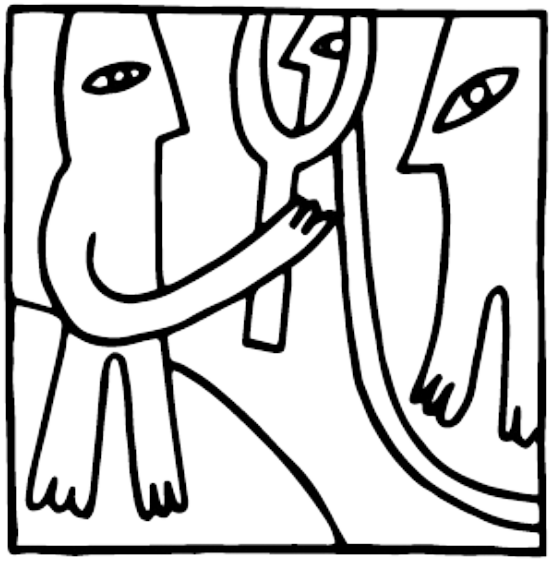
PSIHANALIZĂ CONTEMPORANĂ

TREI

Analiza Sinelui

O abordare sistematică a tratamentului psihanalitic al tulburărilor de personalitate narcisică

PSIHANALIZĂ CONTEMPORANĂ



TREI

HEINZ KOHUT

Traducere din engleză de
Elena Nicoleta Ene

Editori:

SILVIU DRAGOMIR

VASILE DEM. ZAMFIRESCU

Director editorial:

MAGDALENA MĂRCULESCU

Redactare:

Victor Popescu

Design copertă:

Faber Studio (Adelina Butnaru)

Director producţie:

CRISTIAN CLAUDIU COBAN

Dtp:

Răzvan Nasea

Corectură:

Pentru B. și G.

Prefață

Subiectul narcisismului, adică al investirii Sinelui (Hartmann), este unul foarte cuprinzător și important, despre care se poate afirma cu îndreptățire că se referă la jumătate din conținuturile minții umane — cealaltă jumătate fiind, desigur, cea a obiectelor. Realizarea unei lucrări în care problematica narcisismului să se facă mai bine înțeleasă devine, în consecință, o întreprindere de vaste proporții ce poate depăși cunoașterea și abilitatea unui singur contribuitor.

Pe de altă parte, mai important decât magnitudinea sarcinii în cauză este faptul că o lucrare cuprinzătoare presupune un domeniu care este deja instituționalizat sau o cercetare ce pare să fi ajuns la un nivel bine conturat. Cu alte cuvinte, o carte de tip tratat poate să apară în acel moment în care o serie de salturi semnificative au fost înfăptuite într-un domeniu specific și care acum necesită o evaluare mai detașată și o integrare sub forma unei cercetări echilibrate, care să dea o formă mai precisă cunoașterii nou dobândite. În momentul de față, aceste condiții nu sunt îndeplinite cu privire la tematica narcisismului.

Avansul aparent simplu, dar cu notă de pionierat, ce a produs un salt decisiv în metapsihologia psihanalitică demonstrează un interes crescut, în ultimii ani, pentru subiectul nostru. Și aici ne gândim, de exemplu, la separarea conceptuală între conceptele de „Sine“ și „Eu“ (Hartmann), la interesul pentru achiziția și menținerea unei „identități“, cât și a pericolelor la care acest conținut mental (pre)conștient este expus (Erikson), la cristalizarea graduală a unei existențe psihobiologice separate de matricea uniunii mamă-copil (Mahler), dar și la câteva contribuții clinico-teoretice, formulate detaliat în spectrul psihanalitic (Jacobson) și clinic (A. Reich). Subiectul „narcisismului“ a fost, totuși, împins într-un con de umbră. S-a ajuns la această conjunctură din cauza vastului material direcționat pe cercetarea lumii „obiectelor“. Mă refer la accentul pus pe dezvoltarea și dinamica imagourilor sau, mai bine zis, a reprezentării obiectelor (ca să subliniem poziția centrală a procesului cognitiv al Eului, lăsând în subsidiar pulsiunile din contextul Se-ului).

Una dintre dificultățile întâlnite în abordarea teoretică a problematicii narcisismului este asumpția ce se face destul de des, anume că existența relațiilor de obiect exclude narcisismul. Această dificultate este azi chiar mai importantă

decât mai vechea confuzie dintre investirea Sinelui şi investirea funcţiilor Eului. Or, aşa cum va fi subliniat în paginile următoare, unele dintre cele mai intense trăiri narcisice au legătură cu obiectele; obiecte care fie sunt utilizate în folosul Sinelui şi al menţinerii investirii instinctuale, fie sunt trăite ca părţi din Sine. Ultimele tipuri de obiecte vor fi denumite obiecte ale Sinelui.

Pentru început vor fi făcute câteva clarificări conceptuale de bază. Noțiunile de Sine (self), pe de o parte, și de Eu, Supraeu și Se (ego, superego, id), pe de altă parte, cât și cele de personalitate și identitate sunt termeni abstracţi ce aparţin unor niveluri diferite de conceptualizare. Eul, Se-ul și Supraeul reprezintă constituenţii unei abstracţiuni specifice, de nivel superior, din psihanaliză. Acest construct teoretic, distanţat de experienţă, este „aparatul psihic“. Deși este utilizată într-un sens generic (la fel ca „identitatea“), „personalitatea“ nu este un termen specific psihologiei psihanalitice; aparţine unui context teoretic ce corespunde mai degrabă observaţiilor comportamentului social și descrierii experienţelor (pre)conștiente ale individului în interacţiune cu ceilalţi, decât observaţiilor din psihologia abisală.

Pe de altă parte, Sinele ia naștere în situaţia psihanalitică și este conceptualizat, comparativ cu cele de mai sus, ca o abstracţiune psihanalitică de nivel inferior, apropiată de experienţă, dar și ca un element al aparatului psihic. Chiar dacă nu este propriu-zis o instanţă a psihicului, este totuși o structură înăuntrul psihicului, deoarece (a) este investită cu energie instinctuală și (b) are continuitate în timp și constanţă. Fiind o structură psihică, Sinele are, de asemenea, o localizare la nivelul psihicului. Pentru a fi și mai specific, diversele — și câteodată inconștientele — reprezentări ale Sinelui există nu doar în Se, în Eu și în Supraeu, ci și într-o instanţă de sine stătătoare a psihicului. De pildă, pot exista reprezentări contradictorii conștiente și preconștiente ale Sinelui — de exemplu, de grandiozitate și inferioritate — una lângă cealaltă, ocupând fie locuri delimitate în sfera Eului, fie poziţii sectoriale în acea sferă a psihicului în care Se-ul și Eul formează un continuum. Aproape analog cu reprezentările obiectuale, Sinele devine atunci un element al aparatului psihic, dar nu este un constituent al său (o instanţă a acestuia).

Astfel de clarificări teoretice asigură un cadru pentru tematica principală a acestei cărţi care încearcă să atingă două obiective: descrierea în profunzime a unei categorii specifice de fenomene normale și anormale în domeniul general al narcisismului, respectiv înțelegerea stadiilor specifice de dezvoltare ce sunt corelate genetic cu aceste fenomene.

Pe cât de amplu este câmpul acestei cercetări, totuşi, el cuprinde doar o parte dintr-un studiu şi mai larg al narcisismului. În mod specific, cercetarea noastră se concentrează aproape exclusiv pe rolul pe care îl deţin forţele libidinale în analiza personalităţilor narcisice; discuţia privind rolul agresivităţii va fi dezvoltată separat. Pe de altă parte, această carte reprezintă o continuare şi o extindere a unor serii de studii, publicate în 1959, 1963 (cu Seitz), 1966, 1968. Materialul cazuistic şi concluziile extrase din aceste cercetări, cât şi conceptualizarea prezentă în aceste lucrări au fost folosite în mod liber în paginile următoare. Această monografie constituie completarea şi desăvârşirea cercetării aspectelor libidinale ale narcisismului, cercetare care a debutat în eseurile precedente.

Capitolul 1. Considerații introductive

Tematica acestei monografii o reprezintă studiul anumitor fenomene transferențiale (sau similare acestora) prezente în psihanaliza personalităților narcisice și a reacțiilor analistului la ele, incluzând contratransferul său. Atenția principală nu se va focaliza pe schizofrenie sau depresie, afecțiuni ce sunt tratate de un număr de psihanaliști specializați în aceste domenii. La fel nu ne vom ocupa nici de acele forme mai ușoare (mascate) de psihoză ce sunt definite ca „stări borderline“. Atenția va fi centrată pe specificul perturbărilor de personalitate mai puțin severe[1], a căror tratare constituie o parte importantă din practica psihanalitică de astăzi. Fără îndoială că uneori nu este ușor să tragi o linie de demarcație între aceste stări și cele mai grave (cu care par să se asemene).

În timpul perioadelor regresive din cadrul analizei acestor pacienți, pot apărea simptome care, la prima vedere, ar putea sugera că e vorba despre o psihoză — cel puțin așa ar putea-o vedea cei care nu sunt familiarizați cu analiza tulburărilor severe de personalitate narcisică. Totuși, în mod ciudat, nici analistul, nici pacientul nu tind să ia în serios aceste trăiri regresive temporare, chiar și atunci când conținutul lor (suspiciune paranoidă, de exemplu; sau senzații corporale delirante și schimbări profunde în percepția de sine), luat separat, ar justifica faptul că ruperea de realitate este iminentă. Tabloul complet rămâne unul stabil și sigur, în principal prin faptul că evenimentul care a precedat regresia poate fi de obicei identificat și pacientul însuși reușește destul de curând să realizeze ce anume a tulburat transferul (de exemplu, un eșec din partea analistului), făcând să apară regresia. Odată ce analistul devine familiar cu pacientul — și în mod specific, odată ce a observat că o formă a transferului narcisic s-a produs în mod spontan —, el, analistul, va ajunge la concluzia că principala tulburare a pacientului nu este psihoza și își va păstra această convingere în ciuda apariției fenomenelor regresive severe (dar temporare) din analiză.

Cum se poate face diferențierea dintre psihopatologia analizabilă a tulburărilor de personalitate narcisică, pe de o parte, și psihoză și stările borderline, pe de

altă parte? Care sunt, în cadrul procesului analitic, acele trăsături ale comportamentului pacientului (sau ale simptomatologiei sale) care pot conferi un sentiment de siguranță analizandului și analistului, chiar și atunci când apar unele simptome amenințătoare și unele stări regresive aparent periculoase? Deocamdată iau în discuție aceste întrebări cu oarecare reticență. Pe de o parte, deoarece cred că prezenta monografie va clarifica în mod gradual problematica legată de diagnosticul diferențial, pe măsură ce înțelegerea teoretică și exemplificările clinice vor fi asimilate de mintea cititorului. Pe de altă parte, abordarea mea adusă sferei psihopatologice este ghidată de orientarea psihologiei abisale — în consecință, nu privesc fenomenele clinice după modelul medical tradițional, ca pe niște entități specifice bolii sau sindroame patologice ce sunt diagnosticate și diferențiate pe baza unor criterii comportamentale. Totuși, pentru scopul expunerii noastre, voi oferi un rezumat anticipativ al indiciilor esențiale în recunoașterea psihopatologiei acestei categorii de pacienți analizabili, în termeni dinamic-structurali și genetici, și voi arăta cum acuzele acestor indivizi pot fi înțelese pe fundalul noțiunilor metapsihologice legate de tulburările de personalitate.

Acești pacienți suferă de perturbări specifice din sfera Sinelui și din sfera acelor obiecte arhaice investite cu libido narcisic („obiecte ale Sinelui“), ce încă sunt în strânsă legătură cu Sinele arhaic (obiecte ce nu sunt percepute ca fiind separate și independente de Sine). În ciuda faptului că punctele fixe ale psihopatologiei specifice acestor cazuri sunt legate de secvențe timpurii pe axa dezvoltării psihice, este important să fie subliniate nu doar deficitele organizării psihice ale acestor pacienți, ci și efectele acestora.[2]

Din punct de vedere dezvoltațional, putem spune că acești pacienți au rămas fixați la niște configurații arhaice ale Sinelui grandios și/sau la niște obiecte arhaice supraevaluate (și investite narcisic). Faptul că aceste configurații arhaice nu au fost integrate cu restul personalității duce la două consecințe majore: (a) personalitatea adultului și funcțiile sale mature sunt sărăcite deoarece sunt private de energiile investite în acele structuri arhaice; și/sau (b) activitățile adulte, reale, ale acestor pacienți sunt împovărate de răbufnirea și intruziunea structurilor arhaice și a cerințelor lor. Efectul patologic al investirii acestor configurații este, cu alte cuvinte, în anumite aspecte, analog cu cel exercitat de investirea instinctuală a obiectelor incestuoase refulate inconștient — aspect prezent în clasicele nevroze de transfer.

Oricât de tulburătoare ar fi psihopatologia lor, este important să realizăm că

acești pacienți posedă însușiri specifice care îi diferențiază de cei aflați în stări psihotice și borderline. Spre deosebire de pacienții care suferă de tulburările din urmă (mai severe), pacienții cu tulburări de personalitate narcisică, în esență, au dobândit un Sine coeziv și și-au construit niște obiecte arhaice coezive și idealizate. Și, spre deosebire de condițiile ce preced psihoza și stările borderline, acești pacienți nu sunt amenințați în mod serios de posibilitatea unei dezintegrări ireversibile a Sinelui arhaic sau a obiectelor arhaice investite narcisic. Ca o consecință a deținerii acestor configurații psihice coezive și stabile, acești pacienți sunt capabili să stabilească transferuri narcisice specifice și stabile. Aceste transferuri permit reactivarea terapeutică a structurilor arhaice fără pericolul fragmentării prin aprofundarea regresiei: cu alte cuvinte, ei sunt analizabili. În acest punct, se mai poate adăuga faptul că instalarea spontană a unuia din transferurile narcisice stabile reprezintă cel mai bun și de bază semn diagnostic ce diferențiază acești pacienți de cazurile psihotice și borderline, pe de o parte, și pe de altă parte, de nevroza normală de transfer. Cu alte cuvinte, evaluarea unui fragment de analiză (a unei „analize de probă“) are o valoare diagnostică și de prognostic mult mai mare decât concluziile derivate din evaluarea manifestărilor și simptomelor comportamentale.

Cele două vise care vor fi descrise mai jos pot să ne ofere o înțelegere în avans a naturii transferului narcisic din analiza personalităților cu tulburări narcisice și în special a faptului că psihopatologia specifică mobilizată în transfer nu amenință pacientul cu dezintegrarea psihotică.

Visul 1: Pacientul se află într-o rachetă ce înconjoară globul pământesc, departe de Pământ. El este, totuși, protejat contra unor împușcături incontrolabile ce aveau loc în spațiu (psihoza) de către un câmp energetic al Pământului, invizibil, dar foarte eficient (analistul investit narcisic, adică transferul narcisic).

Visul 2: Pacientul este într-un balansoar ce se mișcă înainte și înapoi, din ce în ce mai sus — cu toate acestea, nu există pericolul ca pacientul să cadă sau ca leagănul să ajungă la o rotație incontrolabilă.

Primul vis a fost visat aproape identic de doi pacienți ce nu sunt menționați în cercetarea de față. Al doilea vis a fost visat de dna F. într-un moment în care se simțea anxioasă din cauza stimulării venite dinspre un exhibiționism arhaic ce fusese mobilizat în travaliul analitic. Transferul narcisic a protejat cei doi pacienți de potențialul pericol al pierderii permanente a Sinelui (anume,

împotriva schizofreniei), un pericol ce apăruse ca o consecinţă a mobilizării fantasmelor arhaice grandioase în timpul terapiei. În al doilea caz, transferul narcisic a protejat pacienta împotriva unei suprastimulări periculoase a Eului (o stare hipomaniacală) — o suprastimulare ce devenise o ameninţare ca urmare a mobilizării libidoului arhaic exhibiţionist în timpul analizei. Relaţia transferenţială cu analistul, portretizată în aceste vise, este în toate cele trei exemple una impersonală (învăluirea impersonală a câmpului energetic; conectarea pacientei cu zona de echilibru a balansoarului) — aceasta denotă o traducere elocventă a naturii narcisice a relaţiei.

Deşi psihopatologia esenţială din cadrul tulburărilor personalităţilor narcisice diferă în mod substanţial de cea a psihozelor, cercetarea primului tip de patologie contribuie, fără îndoială, la înţelegerea patologiei mai severe.

Examinarea fluctuaţiilor specifice de dispoziţie afectivă (variaţii limitate şi controlate în cadrul terapeutic) ce duc spre fragmentarea Sinelui şi a obiectelor Sinelui şi fenomenele cvasipsihotice corelate cu aceste stări, ce apar destul de des în analiza tulburărilor narcisice de personalitate, oferă, în mod particular, o direcţie promiţătoare în înţelegerea psihozei. Tot aşa cum e mult mai indicat să examinezi, în profunzime şi în detaliu, reacţia unor celule maligne din ţesutul sănătos al organismului, în loc să abordezi problema carcinomului concentrându-te exclusiv pe pacienţii ce mor de metastaze răspândite în tot corpul. Astfel, deşi această monografie nu este centrată pe psihoze şi pe stările borderline, voi prezenta, totuşi, câteva gânduri despre aceste forme severe de psihopatologie, la care am ajuns prin prisma tulburărilor analizabile de care mă ocup.

Ca şi în cazul perturbărilor de personalitate narcisică, tulburările psihotice nu ar trebui examinate doar (sau predominant) prin prisma liniei regresive legate de (a) iubirea de obiect via (b) narcisism, (c) fragmentare autoerotică şi (d) reconstrucţie secundară (delirantă) a realităţii. În schimb, ar fi mai indicat ca psihopatologia psihotică să fie examinată — cu asumpţia că narcisismul urmează o linie independentă de dezvoltare — urmărind, parţial, o direcţie diferită ce include următoarele jaloane: (a) dezintegrarea unor forme narcisice superioare; (b) regresia la stadii narcisice arhaice; (c) prăbuşirea stadiilor narcisice arhaice (incluzând pierderea obiectelor arhaice investite narcisic), deci fragmentarea Sinelui şi a obiectelor arhaice ale Sinelui; şi (d) reactivarea secundară a Sinelui arhaic şi a obiectelor narcisice arhaice într-o formă de manifestare psihotică[3].

Ultimul stadiu menţionat reprezintă doar un fenomen pasager în analiza

perturbărilor de personalitate narcisică; dar acest tip de fenomen efemer permite observarea detaliilor ce sunt ascunse în poziţiile patologice instalate rigid în cadrul psihozei. De exemplu, este instructiv să compari configuraţiile arhaice narcisice coezive (Sinele grandios şi imaginea idealizată a părintelui) cu (a) formele lor regresive alterate ce se îndreaptă spre fragmentare şi (b) cu contrapărţile lor reconstruite atunci când s-au instalat condiţiile rigide şi cronice ale unei psihoze mai mult sau mai puţin clare.

Unele aspecte ale suprainvestirii unor fragmente deconectate ale corpului şi minţii, dar şi a unor funcţii fizice şi psihice pot fi, de exemplu, observate în timpul regresiilor terapeutice temporare de la Sinele grandios investit în mod coeziv şi de la imaginea idealizată a părintelui. Aceste aspecte ar putea să nu fie accesibile în regresiile corespondente din cadrul psihozei, unde capacitatea de a comunica este sever tulburată, iar autoobservarea este diminuată sau grav distorsionată. În oscilaţiile regresive mai puţin severe ce au loc în analiza tulburărilor de personalitate narcisică, avem acces la multe subtilităţi ale acestor transformări regresive. Putem vedea în detaliu şi studia pe îndelete diverse perturbări ale senzaţiilor corporale şi ale percepţiei de sine, putem observa tulburările de limbaj, concretismul exagerat al gândirii şi clivarea procesului cognitiv care iniţial funcţiona sintetic. Dar putem observa şi reacţiile Eului în legătură cu fragmentarea configuraţiilor narcisice (vezi diagrama 2 din capitolul 4, pentru o trecere în revistă a oscilaţiilor ce au loc în timpul analizei acestor tulburări). Şi e indicat în mod special să se compare configuraţiile narcisice arhaice relativ sănătoase (Sinele grandios şi imaginea idealizată a părintelui) cu contrapărţile lor psihotice (grandiozitatea delirantă; „maşina de influenţat“ — Tausk, 1919).

Trăsăturile ce diferenţiază în mod decisiv psihozele şi stările borderline, pe de o parte, de cazurile analizabile ale tulburărilor de personalitate narcisică, pe de altă parte, sunt următoarele: (1) primele tind către abandonarea cronică a configuraţiilor narcisice coezive şi a înlocuirii lor (pentru a scăpa de starea intolerabilă de fragmentare şi de pierdere a obiectelor narcisice arhaice) cu idei delirante; (2) ultimele prezintă doar oscilaţii minore şi temporare, de obicei, spre o fragmentare parţială, cu mici indicii de reconstrucţii delirante pasagere. Pentru înţelegerea teoretică atât a psihozelor, cât şi a personalităţii narcisice, este util să studiem similitudinile şi diferenţele dintre grandiozitatea arhaică relativ sănătoasă (pe care psihicul este capabil să o menţină în cazul tulburărilor narcisice) şi ideile delirante psihotice de grandoare, reci şi arogante (ce apar în psihoze); la fel, e util să se compare, pe de o parte, elaborarea relativ sănătoasă a

imagoului parental, investit narcisic cu omnipotenţă şi omniscienţă, admirat şi idealizat, inclusiv ca persoană care poate oferi sprijin afectiv (acest imago e format la nivel de transfer de către pacienţii cu tulburări de personalitate narcisică), cu, pe de altă parte, persecutorul atotputernic şi manipulator al Sinelui din psihoze — este acea maşinărie manipulatoare, a cărei omnipotenţă şi omniscienţă au devenit reci, nonempatice şi inuman de rele. Nu în ultimul rând, examinarea personalităţii prepsihotice din punctul de vedere al vulnerabilităţii formelor superioare de narcisism (şi nu doar din punctul de vedere al fragilităţii relaţiilor sale mature cu obiectele iubite) poate să contribuie semnificativ la înţelegerea psihozelor şi stărilor borderline. Această examinare ar putea explica, de exemplu, următoarele două caracteristici specifice: (1) evenimentele precipitante ce conduc la primii paşi ai regresiei se situează mult mai mult în câmpul rănilor narcisice decât în cel al iubirii de obiect; apoi (2) se va putea vedea cum, chiar şi în unele tulburări psihotice severe, iubirea de obiect poate rămâne relativ neperturbată, în timp ce tulburarea la nivelul narcisismului este tot timpul prezentă.

Următoarea diagramă oferă o schemă preliminară a etapelor de dezvoltare a regresiei pentru două mari configuraţii narcisice şi, simultan, pentru contrapărţile lor. Cele două configuraţii în cauză sunt (a) tulburările de personalitate narcisică şi (b) psihozele (schizofreniile paranoide) şi stările borderline.

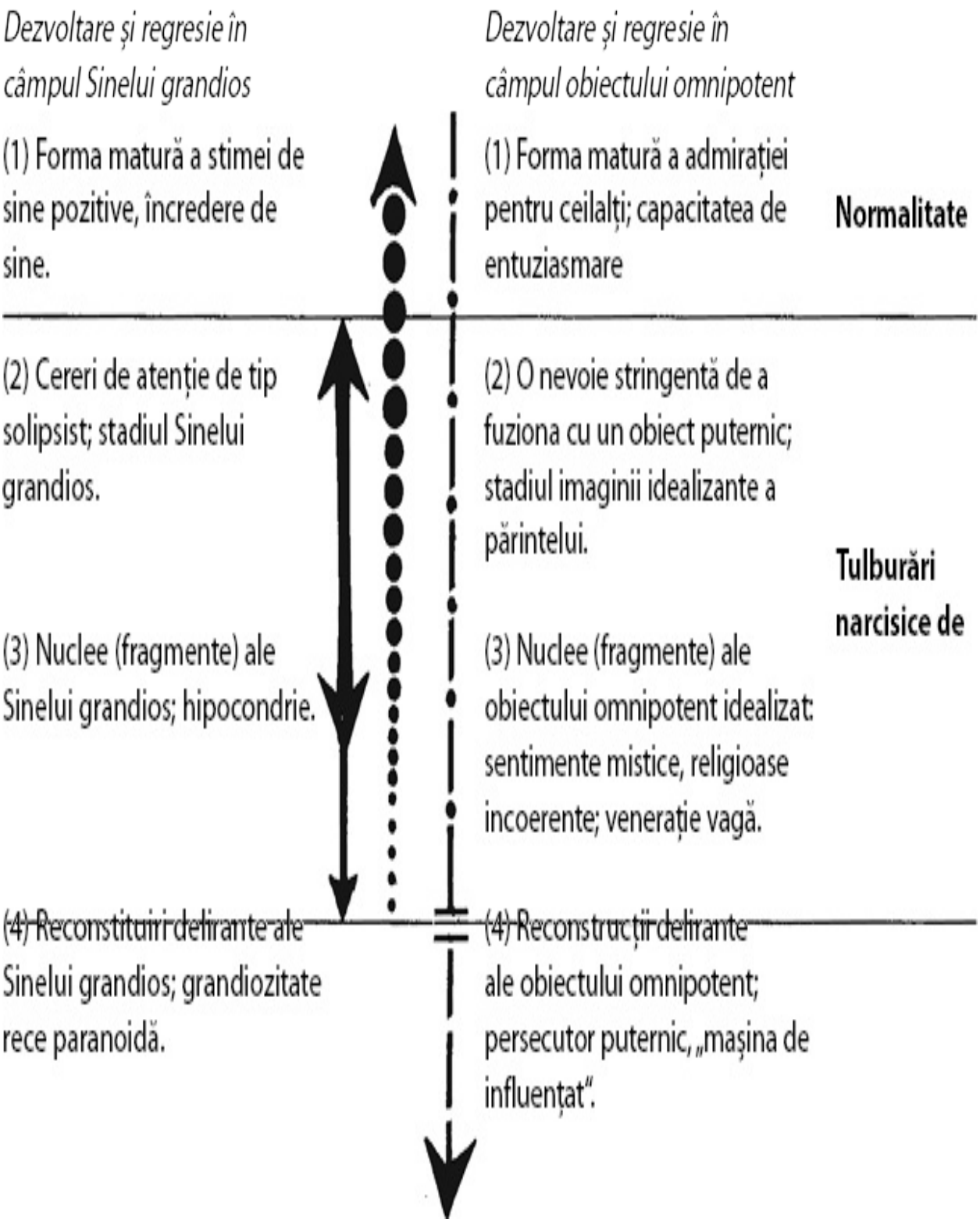
Structurile psihice regresive, percepţia pe care o are pacientul despre ele şi relaţia lui cu acestea pot fi sexualizate atât la nivel de psihoze, cât şi în tulburările de personalitate narcisică. În psihoză, sexualizarea poate să implice nu doar Sinele grandios arhaic şi imaginea idealizată a părintelui (structuri ce sunt investite temporar până să fie distruse — fragmentare autoerotică), ci şi replicile acestor structuri, construite în mod delirant, ce alcătuiesc conţinutul psihozei propriu-zise. Ar fi interesant să se compare sexualizările în psihoze, care au fost pentru prima oară elucidate şi descrise de Freud (1911/2010), cu sexualizările diverselor forme ale transferurilor narcisice ce au loc destul de des în analiza personalităţilor cu tulburare narcisică. Versiunile sexualizate ale transferurilor narcisice sunt întâlnite fie (a) la începutul analizei, de obicei, ca o continuare directă a tendinţelor perverse ce erau deja prezente dinaintea tratamentului (vezi aici discuţia asupra sexualizării imagoului idealizat al părintelui şi a versiunii gemelare — de tip alter-ego — a Sinelui grandios în cazul dlui A. din capitolul 3), (b) fie apar temporar în exacerbările din faza finală a analizei personalităţilor cu tulburări narcisice (vezi capitolul 7).

Dintre diversele cazuri la care se face referire în această carte doar unul (pacientul G) ar fi un caz de psihoză. Toți ceilalţi pacienţi sunt oameni activi, adaptaţi social și rezonabil de funcționali, ale căror perturbări de personalitate, totuși, interferau mai mult sau mai puțin serios cu capacitatea lor de a munci și de a fi productivi, cu fericirea și pacea lor interioară.

Este important de menționat faptul că natura psihopatologiei nu este neapărat legată de severitatea tulburării. Există condiții clinice incapacitante (de ex., stări de oboseală isterice de proporții psihotice) cauzate de intruziunea unor masive investiri infantile de obiect ce copleșesc Eul-realitate; la fel, există scurte manifestări defectuoase la anumite niveluri ale Eului (de ex., anumite acte ratate) care sunt datorate investirilor narcisice. Pentru un exemplu ce evidențiază un astfel de act ratat de natură narcisică, vezi Kohut (1970a).

Pentru o abordare recentă a metapsihologiei psihozelor, vezi Arlow și Brenner (1964). În contrast cu teza avansată aici, acești autori consideră că psihoza (în consecință, și perturbările personalității narcisice) pot fi elucidate în mod adecvat explicându-se simptomele și tulburările comportamentale ale pacientului psihotic ca o exacerbare a conflictelor și apărărilor sale (explicația teoretică, în esență, ar avea loc în cadrul de referință al metapsihologiei referitoare la nevroza de transfer).

Diagrama 1


Dezvoltare și regresie în câmpul Sinelui grandios
Dezvoltare și regresie în câmpul obiectului omnipotent
(1) Forma matură a stimei de sine pozitive, încredere de sine.
(1) Forma matură a admirației pentru ceilalți; capacitatea de entuziasmare
Normalitate
(2) Cereri de atenție de tip solipsist; stadiul Sinelui grandios.
(2) O nevoie stringentă de a fuziona cu un obiect puternic; stadiul imaginii idealizante a părintelui.
Tulburări narcisice de
(3) Nuclee (fragmente) ale Sinelui grandios; hipocondrie.
(3) Nuclee (fragmente) ale obiectului omnipotent idealizat: sentimente mistice, religioase incoerente; venerație vagă.
(4) Reconstituiri delirante ale Sinelui grandios; grandiozitate rece paranoidă.
(4) Reconstrucții delirante ale obiectului omnipotent; persecutor puternic, „mașina de influențat".

Săgeata îngroșată și continuă indică oscilațiile configurațiilor narcisice în timpul tratamentului psihanalitic al tulburărilor narcisice de personalitate (vezi diagrama 2 din capitolul 4); săgeata punctată îndreptată în sus indică direcţia procesului vindecării în timpul analizei a acestor tulburări. Partea întreruptă şi punctată a săgeţii lungi indică profunzimea regresiei, încă reversibilă, ce duce spre psihoză; partea care e doar întreruptă semnifică faptul că profunzimea regresiei către psihoză a devenit ireversibilă.

Nu e locul aici pentru o revizuire exhaustivă a teoriei psihanalitice privind formarea halucinațiilor și ideilor delirante în psihoză. În cadrul considerațiilor prezente, trebuie menționat, totuși, că formarea lor apare ca urmare a dezintegrării Sinelui grandios și a imagoului idealizat al părintelui. În psihoză aceste structuri sunt distruse, dar fragmentele lor deconectate sunt reorganizate, rearanjate secundar în idei delirante (vezi Tausk, 1919; Ophuijsen, 1920), și apoi raționalizate prin efortul funcțiilor integrative care au mai fost păstrate în psihic. Astfel, în cazul celor mai severe oscilații regresive ce apar în analiza personalităților cu tulburare narcisică, întâlnim ocazional fenomene ce seamănă cu ideile delirante și halucinațiile psihoticului. De exemplu, dl E, sub stresul unei separări iminente de analist (ne aflăm în perioada de început a tratamentului), a simțit pentru o vreme că fața lui a devenit fața mamei sale. Totuși, prin contrast cu psihoza, aceste halucinații și idei delirante nu sunt elaborate de niște structuri patologice stabile, pe care pacientul psihotic le ridică în scopul de a scăpa de experiența insuportabilă a fragmentării prelungite a corpului-minții-Sinelui. Ele apar doar în treacăt la momentul de început al dezintegrării parțiale și temporare a structurilor narcisice, ca răspuns la perturbările specifice transferului narcisic ce s-a conturat în terapie.

Evaluarea rolului factorilor specifici de mediu (de exemplu, personalitatea părinților; anumite evenimente traumatice externe) în geneza blocajelor din dezvoltare sau a fixațiilor specifice și înclinațiilor regresive, ce constituie centrul tulburărilor de personalitate narcisică, vor fi abordate mai târziu în cadrul acestui studiu. Totuși, fac o remarcă scurtă, din punct de vedere genetic, ce ar putea să ajute în acest punct la solidificarea bazei conceptuale a diferențierii dintre psihoze și stările borderline, pe de o parte, și tulburările de personalitate narcisică, pe de altă parte. Astfel, putem presupune că, în psihoze, personalitatea părinților (și alte circumstanțe de mediu) coroborată cu anumiți factori moșteniți

împiedică formarea la vârsta potrivită a unui Sine nuclear coeziv şi a unui obiect nuclear idealizat al Sinelui. Structurile narcisice ce sunt construite mai târziu trebuie deci vizualizate ca nişte structuri vide şi, în consecinţă, delicate şi fragile. În aceste condiţii (adică în cazul personalităţilor înclinate spre psihoză), rănile narcisice pot conduce la o mişcare regresivă ce tinde dincolo de stadiul narcisismului arhaic (dincolo de formele arhaice ale Sinelui grandios coeziv sau ale imagoului coeziv al părintelui idealizat), ajungând la stadiul (autoerotic) al fragmentării.

În cele ce urmează vor fi aduse două explicitări ale unor ipoteze precedente privind (a) efectul psihodinamic şi (b) contextul genetic ale personalităţii prepsihotice (sau cu tendinţă către psihoză). Prima lămurire prezintă importanţă pentru aria clinică, a doua, pentru aria teoretică.

Prima modificare psihodinamică pricinuită de slăbiciunea specifică a configuraţiilor narcisice ale personalităţii are legătură cu un mod particular de apărare împotriva potenţialului pericol din regresie (care este asociat cu defectul central). Avem astfel o apărare care în mod obişnuit este denumită personalitate schizoidă. Această organizare defensivă (ce ar trebui inclusă printre stările borderline) este întâlnită în mod caracteristic la personalităţile cu tendinţă către patologie, către dezvoltarea unei psihoze; totuşi, acest tip de apărare nu este întâlnit la pacienţii analizabili cu tulburări de personalitate narcisică. Organizarea defensivă schizoidă rezultă nu doar din faptul că persoana ia act, în mod preconştient, de propria vulnerabilitate narcisică. Acest tip de organizare rezultă în mod specific şi din realizarea pericolului pe care îl poate provoca o rană narcisică, prin iniţierea unei regresii incontrolabile ce l-ar putea conduce pe individ, în mod ireversibil, dincolo de stadiul configuraţiilor narcisice nucleare şi coezive. În consecinţă, astfel de persoane au învăţat să se distanţeze de ceilalţi pentru a evita pericolul specific prin expunerea la o rănire narcisică.

În opoziţie cu explicaţia precedentă, se poate afirma că, în cazul acestor persoane, evitarea apropierii umane este cauzată de incapacitatea lor de a iubi — iar aceasta are ca motivaţie convingerea lor că vor fi trataţi nonempatic, distant sau cu ostilitate. Totuşi, această asumpţie nu este corectă. Mulţi pacienţi schizoizi care încearcă să îşi păstreze la minimum implicarea cu ceilalţi sunt de fapt capabili de un contact profund şi nu au ca regulă faptul că ceilalţi sunt rău-intenţionaţi la adresa lor. Distanţarea lor este pur şi simplu o urmare a evaluării corecte privind vulnerabilitatea lor narcisică şi predilecţia către regresie. Din acest motiv este important pentru psihoterapeut să îşi dea seama că resursele lor

libidinale considerabile sunt concentrate pe scopuri ce implică un minimum de contact uman (cum ar fi interesul pentru zona estetică sau pentru studiul abstract sau teoretic), pentru că au la bază o evaluare corectă a propriilor calităţi şi slăbiciuni. Astfel terapeutul nu trebuie să devină un elefant în magazinul de porţelanuri al balanţei psihice delicate, valoroase şi poate chiar creative a individului, ci să îşi concentreze atenţia pe imperfecţiunile structurilor defensive; pe imperfecţiunile proceselor libidinale deja existente la nivel de interese profesionale şi relaţii interpersonale; dar şi pe psihopatologia centrală, anume pe predilecţia pentru regresie a pacientului. Cu privire la ultimul aspect, terapia ar trebui să se concentreze, cu grijă şi fără grabă, pe retragerile emoţionale minore ale pacientului, ce survin ca o consecinţă a unor răni narcisice minore. Reconstrucţia ulterioară a contextului genetic relevant, ce ar trebui să suplimenteze explorarea vulnerabilităţii pacientului din aici-şi-acum, va oferi Eului un sprijin în eforturile sale de a atinge un grad mai înalt de control al acestui sector crucial al personalităţii.

Deci, în concordanţă cu strategia terapeutică cerută de structura psihotică, psihanaliza nu poate fi un tratament potrivit pentru pacienţii schizoizi; în schimb, poate fi utilizată o psihoterapie bazată pe elemente psihanalitice. Psihanaliza, ca o formă de psihoterapie, nu ar trebui să fie definită nici doar de aplicarea teoriei analistului în situaţia analitică, şi nici doar de insighturile şi explicaţiile furnizate de analist (fie ele genetice), care conduc la o stăpânire mai bună a propriei personalităţi. Chiar dacă toate aceste elemente fac parte din terapia psihanalitică, trebuie adăugat un alt element care să-i definească specificul: este vorba despre faptul că nucleul patogen al personalităţii analizandului se activează în timpul tratamentului şi apare un transfer specific în raport cu analistul, înainte de a fi dizolvat treptat prin procesul de perlaborare (care permite Eului pacientului să obţină un control asupra acestei arii). Totuşi, un astfel de proces nu trebuie să fie declanşat dacă regresia transferenţială ar duce către o fragmentare severă a Sinelui, anume către un stadiu cronic prenarcisic în care până şi legăturile narcisice cu terapeutul sunt distruse (legături specifice ce se stabilesc în analiza tulburărilor de personalitate narcisice). De vreme ce pericolul unei turnuri nedorite a analizei se află chiar în centrul motivaţional al personalităţii schizoide, tratamentul indicat, în astfel de cazuri, nu este psihanaliza per se, ci o formă de terapie care ar cuprinde elemente psihanalitice sofisticate şi insighturi ce nu necesită o mobilizare terapeutică a regresiei care ameninţă cu fragmentarea Sinele. (Aceste probleme terapeutice vor mai fi discutate încă o dată, dintr-un alt punct de vedere, la sfârşitul acestui capitol.)

A doua explicitare a enunțurilor dinamic-genetice de mai devreme este relevantă pentru înțelegerea diferențelor dintre psihoze și tulburările narcisice, și mai puțin pentru înțelegerea funcției de distanțare în cazul schizoidului. Este vorba despre rolul factorilor intrinseci, moșteniți, ce conduc la predispoziția spre fragmentarea Sinelui întâlnită în psihoze, precum și despre factorii ce conduc la menținerea unui Sine coeziv la personalitățile cu tulburări narcisice. Niciun enunț definitiv cu privire la importanța factorilor moșteniți nu poate fi formulat, desigur, pe baza experienței psihanalitice. Totuși, după ce a fost reconstruit mediul timpuriu al unui pacient, incluzând, în mod special, psihopatologia părinților săi, concluzia pare să conducă de multe ori la nelipsita idee că pacientul ar trebui să fie mult mai tulburat decât este de fapt. Cu alte cuvinte, se poate ajunge, în astfel de circumstanțe, la asumpția existenței unor factori intrinseci ce mențin coeziunea Sinelui grandios și a imagoului parental idealizat, în ciuda traumelor catastrofale la care copilul a fost expus în fazele cruciale ale dezvoltării timpurii. În acest context, merită să fie amintit bine-cunoscutul raport întocmit de Anna Freud și Sophie Dann (1951) ce furnizează un exemplu impresionant al discrepanței dintre patologia restrânsă a copiilor cercetați și patologia severă la care cercetătorii s-ar fi așteptat observându-le mediul timpuriu extrem de traumatic (lagărele de concentrare).

Printre pacienții la care se face referire în prezenta lucrare, dl E., evaluat pe baza mediului traumatic timpuriu, pare, în mod similar, să fi fost (în teorie) un candidat pentru o tulburare mult mai severă decât cea de care a suferit în realitate. El a fost un „bebeluș de incubator“, separat de mama sa timp de câteva luni. Aceasta dezvoltase o hipertensiune malignă și nu a simțit niciodată vreun fel de formă de apropriere față de copil după ce el i-a fost adus acasă. Aproape că nu a fost luat în brațe de nimeni pentru că se presupunea că este fragil. A fost respins și de tată, care nu s-a integrat niciodată în familie. Totuși, în ciuda acestor condiții amenințătoare, organizarea psihică a acestui pacient nu era psihotică, iar oscilațiile spre dezintegrarea Sinelui coeziv, care s-au întâmplat în timpul analizei, au fost temporare și ușor de gestionat. De exemplu, pacientul părea să fi fost capabil în perioada timpurie să își mute nevoia sa pentru stimulare tactilă spre aria vizuală. În plus, această deplasare a dus mai târziu nu doar la activități voaioriste perverse, dar și la posibilități de sublimare în cadrul domeniului vizual. În orice caz, stimularea vizuală pare să fi fost suficientă încât să sprijine nucleul Sinelui, ce și-a păstrat în mare parte coeziunea, și care, după o fragmentare temporară, se putea lesne recompune.

Acum, câteva cuvinte despre anumite aspecte ale simptomatologiei manifestate

de pacienţii ce suferă de tulburări în câmpul narcisic — discuţia va fi făcută tot din perspectiva diferenţei dintre tulburările narcisice (analizabile) şi psihoze/stări borderline. Care sunt manifestările tulburărilor de personalitate narcisică ce îl determină pe analist să le diferenţieze de psihoze şi stările borderline? Am menţionat mai devreme că abordarea mea în acest domeniu nu este conformă cu scopul medical tradiţional de a obţine un diagnostic clinic în care entitatea bolii este identificată prin tipare de manifestări repetitive. Dar, de vreme ce anterior am oferit o schemă metapsihologică a psihopatologiei esenţiale, simptomatologia tulburărilor ce vor fi discutate în cursul acestei monografii poate fi examinată nu doar în termenii manifestărilor externe, ci şi cu privire la semnificaţiile ei.

Simptomatologia pacienţilor cu tulburări de personalitate narcisică tinde să fie dificil de definit şi, de multe ori, pacientul nu este capabil să se concentreze pe aspectele esenţiale, dar poate să recunoască şi să descrie o serie de acuze secundare, precum inhibiţii la locul de muncă sau înclinaţii spre activităţi sexuale perverse (fapt valabil şi pentru anumite faze din psihoză, dar şi pentru anumite stări borderline). Caracterul vag al acuzelor iniţiale poate fi legat de vecinătatea dintre perturbarea patologică a structurilor Sinelui şi funcţiile de autoobservare de la nivelul Eului. (Vezi, pentru acest context, observaţiile lui Freud menţionate în scrisoarea către Binswanger din 4 iulie, 1912; v. şi Binswanger, 1956, pp. 44 şi urm.). Să nu uităm, ochiul nu se poate observa pe el însuşi.

În ciuda caracterului iniţial vag al simptomatologiei manifestate, cele mai semnificative trăsături simptomatice vor fi mai clar deosebite odată ce analiza progresează şi, în special, când se produce una din formele transferului narcisic. Pacientul va descrie nişte sentimente depresive şi de gol pe care le resimte uşor, dar care sunt totuşi atotpătrunzătoare. Aceste sentimente, în contrast cu condiţiile din psihoze şi stările borderline, se atenuează odată ce s-a stabilit transferul narcisic — dar se intensifică atunci când relaţia cu analistul este perturbată. Câteodată, în special când transferul narcisic a fost întrerupt, pacientul va da de înţeles că el nu este cu totul real sau că emoţiile sale sunt aplatizate; sau poate va povesti cum îşi face treaba fără zel, cum îşi caută anumite rutine pentru a suporta mai uşor obligaţiile ce-i revin, deoarece pare să îi lipsească iniţiativa. Acestea, plus alte acuze similare indică o epuizare a Eului deoarece acesta trebuie să se apere împotriva cererilor nerealiste ale Sinelui grandios arhaic sau împotriva foamei intense pentru un furnizor extern puternic care să alimenteze stima de sine sau alte forme de susţinere emoţională din câmpul narcisic.

Totuşi, în contrast cu fenomenele analoage întâlnite în psihoze şi stările borderline, în aceste situaţii, aceste manifestări nu se permanentizează în mod rigid. Chiar dacă dovezile clare cu privire la caracterul trecător al acestor simptome ale pacientului pot fi obţinute din desfăşurarea analizei, ele pot fi sesizate şi din reacţiile pacientului în afara analizei şi dinainte de începerea analizei, printr-o cercetare amănunţită a istoricului pacientului. De exemplu, intensa ruminaţie ipohondră poate să dispară brusc (de obicei, după ce pacientul a primit gratificări externe sau după ce s-a bucurat de atenţie din partea mediului) şi pacientul se simte dintr-odată vitalizat, fericit, are iniţiative şi participă cu implicare intensă la viaţa externă. Totuşi, aceste curbe ascendente ale dispoziţiei afective sunt de scurtă durată şi au tendinţa să devină cauza unui entuziasm inconfortabil; stârnesc anxietate, pentru ca apoi să fie urmate de stări cronice de plictiseală şi pasivitate, fie trăite direct, fie fiind deghizate în activităţi mecanice care pot dura ore întregi. Mai departe, nu ar trebui să fie deloc dificil — cel puţin nu pentru analist — să recunoască prezenţa unei intense vulnerabilităţi narcisice. Pe lângă entuziasmul anxios menţionat mai devreme, această vulnerabilitate este responsabilă de faptul că plăcerea sporită pe care o simţise începe să scadă din nou şi vitalitatea crescută a acţiunilor sale nu poate fi menţinută prea multă vreme. Un eşec neaşteptat, absenţa unei confirmări la care se aştepta, un mediu ce nu este interesat de pacient şi altele, toate vor duce din nou la vechea stare de epuizare interioară.

Paginile de mai sus cuprind o descriere a psihopatologiei specifice tulburărilor de personalitate narcisică şi a unor trăsături clinice corelate cu acestea. În principal, descrierea a fost creionată prin compararea tulburărilor de personalitate narcisică cu psihozele şi stările borderline, deci prin punerea în contrast a elementelor esenţiale pentru cele două clase de tulburări psihice şi prin comparaţia manifestărilor lor clinice.[4]

În plus, cazurile de care mă voi ocupa ridică dificultăţi de diferenţiere diagnostică nu doar în raport cu psihozele, ci şi cu celălalt capăt al spectrului psihopatologic — nevrozele de transfer. Şi trebuie admis că, deseori şi în primă instanţă, din cauza complexităţii clinice, nu e uşor să decizi dacă un anumit caz ar trebui privit ca făcând (sau nu) parte din aria tulburărilor narcisice. Caracteristici narcisice sunt întâlnite şi în nevrozele de transfer clasice; şi, invers, mecanisme circumscrise nevrozelor de transfer apar în tulburările narcisice — fie ele psihoze severe, fie tulburări mai uşoare ale personalităţii narcisice.

Chestiunile mai complicate legate de formele mixte de psihopatologie şi de

clasificarea diagnostică vor fi discutate mai târziu (vezi capitolul 7). În acest punct, totuşi, trebuie subliniat că, deşi din punct de vedere clinic, nevrozele de transfer şi tulburările narcisice au câteva caracteristici în comun, structurile patogene esenţiale ale acestor două clase de tulburări psihice nu sunt identice (la fel cum nici manifestările lor nu sunt aceleaşi). Diferenţele pot fi precizate făcându-se referire la următoarele fapte.

În cazurile mai puţin complicate de nevroze de transfer, psihopatologia nu rezidă în primul rând nici în Sine, nici în obiectele narcisice şi arhaice ale Sinelui. Nucleul psihopatologiei ţine de conflictele structurale legate de dorinţele libidinale (incestuoase) şi agresive ce iau naştere dintr-un Sine bine delimitat, coeziv, şi sunt direcţionate către obiecte din copilărie ce au fost complet diferenţiate de Sine.[5] Pe de altă parte, nucleul psihopatologiei tulburărilor de personalitate narcisică e legat în primul rând de Sine şi de obiectele narcisice arhaice. Aceste configuraţii narcisice pot avea două tipuri de legături cauzale cu patologiile narcisice: (1) configuraţiile pot fi slab investite şi deci înclinate spre o fragmentare temporară; şi (2) chiar dacă sunt suficient de puternic investite (chiar suprainvestite) şi deci îşi păstrează coeziunea, nu sunt integrate cu restul personalităţii, aşa încât Sinele matur, cât şi alte aspecte ale personalităţii mature nu vor mai beneficia de rezerve suficiente şi fiabile de investire narcisică.

În cazuri necomplicate de nevroză de transfer, Eul reacţionează cu anxietate în legătură cu pericolele pe care el le percepe în raport cu intruziunea dorinţelor instinctuale de obiect (incestuos-oedipiene sau preoedipiene). Pericolul poate fi resimţit ca o ameninţare fie cu pedeapsa fizică, fie cu abandonul emoţional sau fizic (anxietatea de castrare sau frica pentru pierderea iubirii din partea obiectului sau chiar pentru pierderea obiectului însuşi) (Freud, 1926/2010). Pe de altă parte, în tulburările de personalitate narcisică, anxietatea Eului are legătură în primul rând cu conştientizarea vulnerabilităţii Sinelui matur; pericolele cu care se confruntă Eul ţin fie de fragmentarea temporară a Sinelui, fie de intruziuni la nivelul Eului ale grandiozităţii legate de obiect sau ale obiectelor arhaice ale Sinelui (obiecte supradimensionate narcisic). În consecinţă, principala sursă de disconfort o constituie rezultatul inabilităţii psihicului de a gestiona stima de sine şi de a o menţine la parametrii normali. În fine, experienţele specifice (patogene) ale personalităţii ce sunt corelate cu acest defect psihic central sunt incluse în cadrul câmpului narcisic şi se întind pe un spectru care merge de la grandiozitatea şi entuziasmul anxioase, pe de o parte, la ruşine severă, jenă, timiditate, hipocondrie şi depresie, pe de altă parte.

În afară de neplăcerile psihice menţionate mai sus, pacienţii a căror psihopatologie este din aria tulburărilor de personalitate narcisică pot fi, de asemenea, expuşi la frica faţă de pierderea obiectului (sau a iubirii obiectului) şi la anxietăţi de castrare. Mai departe, poate fi susţinut — şi există argumente pentru aceasta — că, în timp ce anxietatea de castrare este sursa principală a disconfortului în cazul nevrozelor de transfer, urmată de frica faţă de pierderea iubirii obiectului şi, la urmă, de frica faţă de pierderea obiectului (această ierarhizare se referă şi la frecvenţă, dar şi la importanţă), în tulburările de personalitate narcisică ordinea este inversată; anume frica pierderii obiectului devine prima, în frecvenţă şi importanţă, iar anxietatea de castrare rămâne ultima.

În timp ce o astfel de afirmaţie comparativă este adevărată, ea este incompletă şi superficială. Preponderenţa trăirilor din tulburările narcisice legate de (1) ruşine, (2) pierderea iubirii obiectului şi (3) pierderea obiectului (în comparaţie cu trăirile legate de (a) vină şi (b) anxietatea de castrare, în nevrozele de transfer) nu este doar un fapt constatat clinic, ci şi o consecinţă directă a faptului că obiectele Sinelui, ce joacă un rol central în psihopatologia tulburărilor narcisice, nu sunt echivalente cu obiectele din nevrozele de transfer. Obiectele din tulburările de personalitate narcisică sunt arhaice, investite narcisic şi prestructurale (vezi capitolul 2). Indiferent dacă pacienţii se tem de pedeapsă sau de retragerea iubirii, indiferent dacă ei se confruntă cu absenţa temporară sau dispariţia permanentă a obiectului Sinelui — rezultatul este întotdeauna acelaşi: un dezechilibru (un defect) narcisic pentru pacientul legat în diverse moduri de aceste obiecte. Să nu uităm, coeziunea Sinelui, stima de sine şi relaţia cu anumite idealuri (care asigură o finalitate) este asigurată aici de prezenţa acestor obiecte, de aprobarea şi confirmarea[6] lor sau de alte forme de susţinere narcisică. Pe de altă parte, în nevrozele de transfer evenimente psihice analoage conduc la frica de pedeapsa impusă de un obiect care este investit cu energii pulsionale (obiect ce este perceput ca fiind separat şi independent), dar pot conduce şi la tensiuni legate de faptul că nu i se răspunde la iubire, la posibilitatea însingurării prin dorinţa pentru un obiect absent şi la altele asemenea — toate au ca efect secundar scăderea stimei de sine.

Cum ne folosesc în evaluarea acuzelor pacientului cele tocmai discutate? Cu alte cuvinte, cum putem stabili de la început un diagnostic psihanalitic astfel încât să ne adaptăm strategia analitică (direcţia interpretărilor) la cerinţele specifice ale tulburării psihice? Cum recunoaştem că tulburarea pacientului îşi are locul în aria tulburărilor de personalitate narcisică, şi nu în aria obişnuitelor nevroze de

transfer?

Și aici este potrivită abordarea sugerată mai devreme cu privire la diferența dintre tulburările de personalitate narcisică, pe de o parte, și psihozele și stările borderline, pe de altă parte: diferențierea ar trebui să fie bazată, în primul rând, pe înțelegerea metapsihologică legată de punctul central al psihopatologiei, și nu pe cercetarea manifestărilor de suprafață.

Desigur, este adevărat că prezența unor inhibiții și simptome psihonevrotice (fobii, obsesii, compulsii, manifestări isterice) poate indica o nevroză de transfer, în timp ce acuze vagi legate de stări depresive, lipsa de zel și inițiativă la slujbă, plictis în experiențele interpersonale, o anumită neliniște cu privire la starea fizică sau mentală, înclinații perverse și altele asemenea indică tulburări din sfera narcisică. Totuși, acuzele explicite nu reprezintă un ghid pe care ne putem baza. În spatele acuzelor vagi cu privire la lipsa inițiativei sau a zelului, după o vreme, analistul poate detecta, câteodată, o inhibiție sau o fobie bine conturată; și, mai des, va descoperi prezența unei vulnerabilități narcisice difuze, a unor deficite la nivelul stimei de sine (sau a reglării acesteia) sau a unei perturbări generale în sistemul de idealuri al pacientului — aceasta, în ciuda faptului că inițial pacientul s-a plâns de inhibiții specifice sau de anxietăți aparent bine delimitate; sau poate a acuzat alte tulburări ce păreau să plaseze acea problemă în câmpul nevrozelor de transfer.

Trebuie din nou subliniat faptul că manifestările de suprafață ale tulburărilor de personalitate narcisică nu reprezintă indicii de bază prin care să putem răspunde la întrebarea crucială legată de diagnostic: dacă pacientul poate (sau nu) să fie tratat psihanalitic. Odată cu acest avertisment și înainte de a sublinia încă o dată singura soluție de bază la problema diagnosticului, voi enumera câteva dintre sindroamele întâlnite în acele cazuri unde psihopatologia personalității narcisice este exprimată prin simptome cu arie largă și diversă. În astfel de situații, pacientul poate să manifeste următoarele caracteristici patologice: (1) în sfera sexuală: fantezii perverse, lipsa interesului pentru sex; (2) în sfera socială: inhibiții legate de muncă, inabilitatea de a forma și menține relații solide, activități delincvente; (3) cu privire la trăsăturile manifeste ale personalității: lipsa umorului, lipsa empatiei față de nevoile și sentimentele celorlalți, lipsa simțului măsurii, tendința către crize de furie necontrolată, mințitul patologic; și (4) în sfera psihosomatică: preocupări ipohondre legate de sănătatea fizică și mentală, tulburări vegetative ale diverselor organe ale corpului.

Deşi aceste acuze şi sindroame au loc frecvent în cazurile de tulburări de personalitate narcisică şi deşi psihanalistul experimentat ar suspecta cu tărie că la baza acestor acuze stă ascunsă o tulburare de personalitate narcisică, criteriul crucial al diagnosticului nu trebuie să se bazeze pe simptomatologia manifestă sau nici chiar pe istoricul de viaţă al pacientului, ci pe natura transferului ce se dezvoltă în mod spontan. Odată ce această monografie se preocupă de specificul transferurilor (sau al structurilor transferenţiale) ce sunt mobilizate în timpul analizei personalităţilor cu tulburări narcisice, această ultimă idee ne conduce direct în centrul cercetării noastre.

Totuşi, trebuie puse două întrebări corelate. Chiar au loc transferuri în tratamentul psihanalitic al tulburărilor de personalitate narcisică? Şi, dacă e aşa, care este natura transferurilor ce au loc?

Delimitarea şi examinarea transferurilor în tulburările de personalitate narcisică ne face să ne confruntăm cu anumite problematici teoretice ce merg dincolo de incertitudinile cauzate de complexitatea tulburărilor psihiatrice. Dacă postulăm existenţa transferurilor la personalităţile cu tulburare narcisică, putem rezuma problema noastră astfel: Ce se înţelege prin conceptul de transfer? Oare reprezintă un termen potrivit pentru descrierile teoretice privind structurile narcisice şi mobilizarea lor în timpul terapiei psihanalitice, aşa cum se folosesc descrieri analoage pentru nevrozele de transfer?

Conform definiţiei metapsihologice clar formulate de Freud (1900), termenul de „transfer“ indică amalgamarea impulsurilor infantile, refulate şi obiectual-libidinale[7] împreună cu dorinţele (pre)conştiente legate de obiecte din prezent. În acest context teoretic, transferul clinic poate fi înţeles ca fiind un exemplu specific al unui mecanism mai general: atitudinile preconştiente ale analizandului faţă de analist devin purtătorii dorinţelor obiectuale, infantile şi refulate. Astfel de transferuri (definite ca amalgamul dintre impulsurile refulate şi obiectuale şi atitudinile/dorinţele preconştiente) sunt prezente în tulburările narcisice (şi sunt mobilizate în timpul terapiei) în acele sectoare ale personalităţii ce nu au participat în mod specific la regresia narcisică. Totuşi, în contextul de faţă, noi nu ne concentrăm pe investigarea acelei părţi din personalitatea analizanzilor fixaţi sau regresaţi narcisic ce prezintă caracteristici psihonevrotice. În schimb, ne interesează următoarele întrebări: (1) dacă structurile narcisice însele (de exemplu, imaginile arhaice despre Sine) apar în stări ce corespund, cel puţin până la un punct, cu starea refulată din nevrozele de transfer; şi (2) dacă structurile narcisice se amalgamează cu atitudini preconştiente ale personalităţii,

la fel cum se întâmplă cu dinamica şi structura afecţiunilor ce definesc nevroza de transfer.

Indicând astfel cadrul teoretic al problemelor cu care ne confruntăm, în acest moment voi lăsa deoparte complexitatea descrierii conceptului de „transfer“ în sensul teoretic şi clinic[8] şi mă voi întoarce la o clasificare a transferului orientată empiric şi clinic; voi vorbim deci despre structurile transferenţiale ce apar în tulburările narcisice şi sunt mobilizate în timpul analizei. Voi indica pe scurt această clasificare pe care am propus-o într-o lucrare anterioară (1966a).

Echilibrul narcisismului primar este tulburat de deficitele inevitabile ale îngrijirii materne, iar copilul înlocuieşte perfecţiunea anterioară (a) prin stabilirea unei imagini grandioase şi exhibiţioniste a Sinelui: Sinele grandios; şi (b) oferind perfecţiunea anterioară unui obiect (tranziţional) al Sinelui, care este admirat şi omnipotent: imagoul părintelui idealizat.

Termenii „grandios“ şi „exhibiţionist“ se referă la un spectru larg de fenomene. Acestea pornesc de la viziunea solipsistă a copilului asupra lumii şi plăcerea lui nedeghizată de a fi admirat şi de la delirurile brute ale paranoicului sau actele sexuale crude ale adultului pervers, până la aspecte ale celor mai blânde satisfacţii (inhibate în privinţa scopului şi nonerotice) pe care adulţi le resimt în raport cu ei înşişi, cu modul lor de funcţionare şi cu realizările lor. Acest obicei, de a folosi numele unui fenomen clar delimitat din punct de vedere dinamic, genetic şi dezvoltaţional pentru un grup mai larg de manifestări înrudite, a devenit o practică bine-cunoscută în psihanaliză de când Freud (1921/2010) s-a referit la toate elementele pulsionale şi libidinale ca fiind de natură „sexuală“: „Aceste porniri sunt denumite, de preferinţă, de către psihanaliză, având în vedere originea lor, pulsiuni sexuale“ (p. 101).[9] Trebuie subliniat că practica de a folosi unitatea genetică şi dinamică a diferitelor fenomene ca bază pentru o nomenclatură unitară şi a forjării unui concept cuprinzător nu este lipsită de pericole. De exemplu, Hartmann (1960) avertizează cu privire la abuzurile din această sferă şi face referire la erorile logice ce sunt responsabile pentru astfel de abuzuri, pe care le numeşte „erori genetice“ (p. 93).[10] Pe de altă parte, în momente de importanţă crucială este nevoie să afirmi profunzimea unităţii genetice şi dinamice a unui grup de fenomene aparent diferite prin includerea lor sub acelaşi termen care va fi uzitat „de preferinţă“ pentru toată diversitatea de fenomene. Un astfel de termen „genetic“ va evoca în noi, în mod convingător, cel mai potrivit sens. În plus, va mobiliza rezistenţele interne şi sociale care, în mod paradoxal, trebuie să fie (optim) activate în câmpul teoretic — în special

într-o ştiinţă ce se ocupă cu stări psihice complexe. Totuşi, doar prin depăşirea graduală a rezistenţelor afective mobilizate în mod optim poate fi parcurs drumul lung al acceptării noilor idei.

Termenul de Sine grandios va fi utilizat de aici înainte în locul „Sinelui narcisic“ (termen uzitat în lucrările mele anterioare) pentru a desemna structura grandioasă şi exhibiţionistă ce reprezintă contrapartea imagoului părintelui idealizat. De vreme ce, în general, Sinele este investit cu libido narcisic, termenul de „Sine narcisic“ poate fi privit ca o tautologie. Oricum, preferinţa mea pentru termenul de Sine grandios este bazată pe faptul că are mai multă putere evocativă decât termenul „Sine narcisic“ — cu alte cuvinte, nu din motive teoretice vreau să renunţ la acest ultim termen. În opinia mea, narcisismul nu este definit de ţinta investirii instinctuale (fie că e vorba de subiectul însuşi sau de alţi oameni), ci de natura sau calitatea încărcăturii instinctuale. De exemplu, copilul mic atribuie altor oameni investiri narcisice şi în consecinţă îi resimte, la modul narcisic, ca pe nişte obiecte ale Sinelui. Controlul pe care îl doreşte asupra celorlalţi (ca obiecte ale Sinelui) este astfel mai apropiat de conceptul de control pe care un adult se aşteaptă să îl aibă asupra propriului corp şi asupra propriei minţi, fiind destul de diferit de conceptul de control pe care se aşteaptă să-l aibă asupra celorlalţi. Întrebarea dacă uneori subiectul se poate autoinvesti cu libido obiectual — ca în agresiunea non-neutralizată din automutilări sau ca în investirile libidinal-obiectuale din experienţele de înstrăinare de sine ale schizofrenicilor — nu va fi discutată în acest studiu. Totuşi, un grad de investire al subiectului de către subiect (ceea ce presupune o investire obiectual-libidinală neutralizată) este atins cu siguranţă în destule activităţi ce ţin de autoobservare.

Mai important decât întrebările terminologice sunt acelea ce privesc poziţiile dinamice şi de dezvoltare ale principalelor configuraţii narcisice. Mecanismele principale („Eu sunt perfect.“ sau „Tu eşti perfect, dar eu sunt o parte din tine“) pe care cele două configuraţii narcisice de bază le ocupă cu scopul de a prezerva o parte din experienţa perfecţiunii narcisice sunt opuse.[11] Totuşi, ele coexistă de la început şi liniile lor individuale de dezvoltare, în mare parte independente, pot fi supuse separat examinării. În condiţii de dezvoltare optime, exhibiţionismul şi grandiozitatea Sinelui grandios arhaic se diminuează gradual şi întreaga structură este integrată, până la urmă, în personalitatea adultă şi oferă combustibil instinctual pentru ambiţiile şi scopurile noastre ego-sintonice, pentru bucuria activităţilor noastre şi pentru aspecte importante ale stimei de sine. Tot aşa, în circumstanţe favorabile, imagoul părintelui idealizat se integrează în personalitatea adultă. Introiectat ca Supraeul nostru idealizat, devine o

componentă importantă a organizării psihice, fiind pentru noi un ghid către idealuri. (Pentru o discuţie mai detaliată, vezi capitolul 2.) Însă când copilul suferă traume narcisice severe, atunci Sinele grandios nu fuzionează cu conţinutul relevant al Eului, ci rămâne la forma sa nemodificată şi tinde către împlinirea scopurilor sale arhaice. Şi dacă copilul resimte dezamăgiri traumatice din partea adultului admirat, atunci imagoul părintelui idealizat rămâne, şi el, la forma sa nealterată şi netransformată în structură psihică reglatoare de tensiuni — adică nu atinge statutul unui introiect accesibil[12], ci rămâne arhaic, obiect tranziţional al Sinelui care este necesar pentru menţinerea homeostazei narcisice.

Principalele direcţii teoretice care sunt urmărite în această monografie sunt organizate în acord cu conceptualizările ce privesc cele două configuraţii narcisice de bază prezentate în rezumatul anterior. Următoarele patru subiecte vor constitui, astfel, substanţa acestei cercetări: (1) transferurile ce apar în urma mobilizării terapeutice a imagoului părintelui idealizat (ce va fi numit transfer idealizant); (2) cele ce apar odată cu mobilizarea Sinelui grandios (numit generic transfer-oglindă); (3) reacţiile analistului (inclusiv contratransferul său) ce sunt întâlnite în timpul mobilizării transferului pacientului legat de imagoul părintelui idealizat; şi (4) reacţiile analistului din timpul mobilizării Sinelui grandios al pacientului.

Cu toate acestea, vom mai face câteva remarci introductive de natură mai generală şi vom mai discuta pe scurt alte câteva subiecte clinice şi teoretice, înainte să începem discuţia detaliată şi sistematică despre specificul transferurilor narcisice.

Permiteţi-mi să încep afirmându-mi convingerea, obţinută în urma observaţiilor clinice, că, dacă există un comportament suficient de atent, dar neintruziv al analistului (atitudinea lui analitică), (1) atunci în cazul personalităţilor cu tulburări narcisice, constatăm o tendinţă specifică înspre o regresie terapeutică. Apoi, observăm că (2) apare de la sine o condiţie transferenţială specifică[13] ce constă într-un amalgam de structuri narcisice inconştiente (imagoul părintelui idealizat şi Sinele grandios) şi reprezentări psihice ale analistului care sunt atrase în aceste structuri investite narcisic şi activate terapeutic.

Aşa cum a fost punctat mai devreme, cele mai ample regresii conduc la activarea unor trăiri legate de fragmente izolate ale complexului corp-minte-Sine şi ale funcţiilor sale, dar pot conduce şi la pierderea unor obiecte arhaice investite

narcisic (la despărţirea de acestea). Acest stadiu al Sinelui fragmentat[14] corespunde cu etapa de dezvoltare pe care Freud a numit-o stadiul autoerotic (vezi şi Nagera, 1964). Acea parte a personalităţii care nu a participat la regresie va încerca să facă faţă fragmentării centrale. De exemplu, pacientul s-ar putea să încerce să îşi explice experienţa fragmentării (ruminaţie hipocondriacă) şi va încerca să găsească cuvinte pentru a o descrie (acuze hipocondriace — cf. Glover, 1939). Partea sănătoasă a psihicului va putea să stabilească o legătură terapeutică cu analistul şi astfel este posibil să creeze o alianţă terapeutică. Totuşi, fragmentele Sinelui grandios arhaic, cât şi fragmentele obiectului arhaic idealizat — adică partea centrală a regresiei — se află în esenţă dincolo de capacitatea de aprehendare a părţii sănătoase din psihicul pacientului. Cu alte cuvinte, în timp ce pacientul resimte efectele regresiei la nivelul psihismului său, trăirea fragmentării corpului-minte-Sine şi a obiectelor Sinelui nu poate fi elaborată[15] psihic.

Crucial în acest punct este faptul că aria centrală a patologiei nu poate intra în fuziuni stabile cu conţinuturile de gândire preconştientă, incluzând aici percepţiile cu privire la terapeut: aria centrală a patologiei nu devine disponibilă în cadrul transferului. Deşi este posibil să oferi sprijin psihoterapeutic unor astfel de pacienţi (inclusiv insighturi), e imposibil să stabileşti o relaţie analitică, de vreme ce aria centrală a patologiei nu poate fi elaborată la nivelul acelui amalgam dintre transfer şi reprezentările (pre)conştiente despre terapeut. De fapt, în aceste cazuri, este decisiv ca psihoterapeutul să rămână foarte clar diferenţiat de miezul psihopatologiei — dacă nu poate menţine această separare şi este atras în delirurile pacientului, îşi va pierde legătura cu partea sănătoasă din psihicul pacientului şi, în consecinţă, va pierde pârghiile terapeutice. Menţinerea unei relaţii realiste şi prietenoase cu psihoterapeutul este de o importanţă crucială în tratamentul psihozelor şi a stărilor borderline, aşa încât e pe deplin justificat accentul care se pune astăzi pe aşa-numita alianţă terapeutică sau alianţă de lucru (Zetzel, 1956; Greenson, 1965, 1967).

Totuşi, în contrast cu situaţia ce predomină în psihoze şi stările borderline, perturbările motivaţiei terapeutice care apar în analiza nevrozelor de transfer şi a tulburărilor de personalitate narcisică nu sunt în general cauzate de fractura legăturii bazate pe realism dintre analist şi analizand (legătură ce trebuie reparată în mod activ, de exemplu, printr-o căldură neobişnuită oferită prin comportamentul analistului — vezi Jacobson, 1967). În cele mai multe situaţii, dificultatea vine dintr-un transfer obiectual-instinctual sau narcisic ce se conturează ca o rezistenţă, caz în care trebuie crescut controlul Eului pacientului

prin interpretări care conduc la insighturi. A pune accentul, în cadrul analizei acestor forme de psihopatologie, pe legătura nonspecifică (adică nontransferențială) dintre pacient și analist ar fi, cred eu, o eroare. O astfel de eroare ar avea la bază nerecunoașterea diferenței metapsihologice dintre tulburările neanalizabile (psihoze și stările borderline) și formele psihopatologice analizabile (nevrozele de transfer și tulburările de personalitate narcisică).

Intruziunea investirilor narcisice arhaice în cadrul transferului (cu cerințele lor specifice legate de așteptările vizavi de analist) poate fi considerată în mod eronat ca o componentă a relației actuale și realiste cu analistul. Această perspectivă ar conduce în mod logic la gesturi terapeutice, cum ar fi gratificarea dorințelor (pentru a oferi experiențe emoționale corective), persuasiunea ori îndemnurile directive și educative. Aceste schimbări terapeutice la nivelul funcțiilor Eului se bazează și pe o strânsă legătură de transfer sau pe identificările masive cu terapeutul. Însă aceste schimbări împiedică reactivarea transferențială deplină a structurilor narcisice, așa încât nici energiile ce erau legate înainte de scopuri arhaice nu pot fi complet eliberate, pentru a fi la îndemâna personalității mature.

În contrast cu psihozele și stările borderline, psihopatologia centrală a tulburărilor de personalitate narcisică privește configurații narcisice mai mult sau mai puțin stabile, dar care sunt elaborate psihic și coezive, aparținând stadiului narcisic (acea etapă în dezvoltarea psihică ce urmează stadiului autoerotic, după cum aflăm din Freud, 1914/2010). În general, voi numi această fază stadiul Sinelui coeziv. Fragmentarea complexului corp-minte-Sine și a obiectului Sinelui constituie un obstacol pentru dezvoltarea transferului — și aceasta este problema centrală a patologiei din psihoze sau stările borderline. Pe de altă parte, la tulburările de personalitate narcisică, activarea terapeutică a configurațiilor narcisice, specifice, coezive și elaborate psihic devine centrul procesului analitic. „Obiectul“ narcisic (imagoul părintelui idealizat) și „subiectul“ narcisic (Sinele grandios), prin comparație, sunt configurații stabile, investite cu libido narcisic (libido idealizant; libido exhibiționist-grandios), ce intră în amestecuri stabile cu reprezentări psihice despre analist (reprezentări percepute la nivel narcisic). Un grad de investire constantă către un obiect este astfel obținut (vezi Hartmann, 1952) — cu toate că este unul investit narcisic. Stabilitatea relativă a acestui amalgam al transferului narcisic reprezintă o premisă esențială pentru efectuarea travaliului analitic (pentru procesul sistematic al perlaborării) în ariile narcisice patogene ale personalității.

De-a lungul următoarelor discuţii trebuie avut în minte că nici Sinele grandios (şi activarea sa la nivel transferenţial), nici chiar imagoul părintelui idealizat (şi amalgamarea acestui imago cu reprezentările psihice despre analist) nu au statutul de obiecte în sensul strict psihanalitic al termenului, de vreme ce ambele structuri sunt investite cu libido narcisic. În cadrul conceptual al psihologiei sociale şi într-un context mai limitat (anume în cadrul percepţiei şi cogniţiei pure), aceste transferuri narcisice trebuie considerate sub forma unor relaţii de obiect. Totuşi, din punctul de vedere al psihologiei abisale, ce ia în calcul natura investirii libidinale (care influenţează puternic modul de percepere a obiectului narcisic, cât şi elaborarea sa cognitivă — de exemplu, ce aşteptări are pacientul de la acest obiect), obiectul este trăit la nivelul narcisic. Cum am afirmat anterior, controlul expectat asupra obiectului investit narcisic şi asupra funcţiilor sale e mai apropiat de concepţia pe care un adult o are despre relaţia cu sine şi despre controlul pe care şi-l doreşte asupra propriului corp şi a propriei minţi, spre deosebire de experienţa adultului cu privire la ceilalţi şi la controlul asupra lor. O astfel de poziţionare conduce în general la faptul că obiectul unei astfel de „iubiri“ narcisice se simte asuprit şi sub sclavia aşteptărilor şi cerinţelor subiectului. O cercetare atentă a trăirilor interne ne permite astfel diferenţierea pe axa subiect-obiect între Sinele grandios şi imagoul părintelui idealizat: primul are o calitate subiectivă, al doilea este un obiect al Sinelui de tip arhaic (tranziţional[16]), investit cu o formă tranziţională de libido narcisic (idealizant). Cu toate acestea, în ambele forme de transfer, atitudinea psihică de bază a analizandului este, în esenţă, una narcisică, indiferent de poziţia ce a fost activată.

Structura mobilizată în transferul idealizant (este vorba despre imagoul părintelui idealizat) este destul de diferită de mobilizarea de la nivelul transferului-oglindă a Sinelui grandios. Chiar şi aşa, având în vedere că ambele sunt investite cu energii instinctuale narcisice, nu va fi deloc surprinzător să aflăm că există multe situaţii în care, într-adevăr, diferenţierea dintre cele două devine dificilă. Totuşi, diferenţierea precisă a celor două structuri este motivată nu doar de raţiuni descriptive, ci, în multe cazuri, de raţiuni justificate empiric.

Discuția de până acum a fost predominant concentrată pe diferențierea dintre tulburările de personalitate narcisică (analizabile) și psihozele schizofrenice (neanalizabile) sau acele tulburări mai ascunse și mai distanțate de tulburările psihotice pe care le numim „cazuri borderline“.

Diferențierea detaliată dintre tulburările de personalitate narcisică analizabile și psihozele maniaco-depresive (neanalizabile) nu va fi abordată acum, chiar dacă anumite oscilații din timpul analizei tulburărilor de personalitate narcisică pot fi privite și studiate ca niște còpii minore și temporare ale psihozelor maniaco-depresive. Dar, spre deosebire de cazurile de psihoză și borderline, capacitatea pacientului de a menține un transfer narcisic este corelată cu faptul că exhibiționismul și grandiozitatea lui arhaice rămân în mare parte integrate în structura mai largă a Sinelui grandios, iar omnipotența arhaică a obiectului Sinelui tranzițional (obiect care este supradimensionat) rămâne, în mare parte, integrat în structura imagoului coeziv al părintelui idealizat. Schimbările de dispoziție hipomaniacale și depresive ce apar ca răspuns la vicisitudinile transferului terapeutic sunt, în consecință, doar temporare, și echilibrul narcisic anterior se restabilește destul de repede. În psihozele maniaco-depresive, cele două structuri narcisice de bază sunt menținute în mod precar și au tendința să se dărâme sub impactul diverselor traume. În consecință, ele devin incapabile să conțină investirile arhaice, așa încât exhibiționismul și grandiozitatea Sinelui grandios încep să inunde Eul (starea de manie) și agresivitatea omnipotentă a imagoului idealizat al părintelui distruge stima de sine realistă a pacientului (depresie).

Vezi capitolul 2 pentru diferențierea dintre obiectul arhaic al Sinelui (precursor al structurii psihice), structura psihică și obiectul real.

Se poate spune că în anumite situații nu pierderea iubirii obiectului este responsabilă de scăderea stimei de sine a pacientului, ci pierderea admirației din partea obiectului.

Conceptele de „narcisism“, respectiv de „investiri instinctuale narcisice“ nu fuseseră încă descrise de Freud când a definit metapsihologic „transferul“ în capitolul VII din Interpretarea viselor (1900/2010).

Legat de aspectele teoretice ale acestor întrebări, vezi Kohut (1959), Kohut şi Seitz (1963). Pentru discuţii legate de aplicabilitatea clinică a acestor consideraţii clinice, vezi capitolul 9, în special cazul dlui K.

Nu este uşor de clarificat la ce se referă sintagma „de preferinţă“ din acest citat. Am putea înțelege că este vorba despre o importanță crescută a acestei dimensiuni „sexuale“. Cu alte cuvinte, Freud folosește termenul „sexual“ nu doar pentru sexualitatea genitală, dar și pentru elemente pulsionale pregenitale (precursorii sexualităţii genitale), pentru simplul motiv că sexualitatea genitală era cea mai importantă (și mai bine știută) dintre aceste două grupuri de fenomene înrudite.

Pentru o definiţie excelentă a conceptului de „eroare genetică“, vezi Langer (1957, p. 248).

Aproape că nici nu mai trebuie subliniat faptul că, la început, aceste procese sunt preverbale și preconceptuale și că astfel de afirmații paradigmatice ca cele enunțate mai sus trebuie înțelese doar în sensul a ceea ce pot evoca, precum în faimoasa afirmație a lui Freud privind mecanismele active în paranoia (1911/2010, pp. 149 și urm.). Descrierea potrivită a principalelor mecanisme ce determină cele două curente principale ale dezvoltării narcisismului poate fi doar una metapsihologică. Cu toate acestea, poate fi de ajutor să spun că Sinele grandios (cel care corespunde până la un punct cu Eul-plăcere purificat — cf. Freud, 1915a/2010) are analogii în experiența adultă (de ex., mândrii și prejudecăți naționale și rasiale de tipul: totul bun este „înăuntru“, tot ce e rău este atribuit „străinului“), în timp ce relația cu imagoul părintelui idealizat poate avea similitudini cu relația dintre un adevărat credincios și Dumnezeul său

(incluzând aici şi fuziunile mistice).

În acest context, vezi discuţia asupra internalizării transmutative din capitolul 2.

Voi ignora aici rezistenţele ce se opun instalării transferului de tip narcisic; acestea vor fi discutate mai târziu.

Dacă cineva vrea să sublinieze potenţialul inerent de dezvoltare progresivă către unificare şi coeziune, se poate aduce vorba aici, ca variaţie la terminologia lui Glover (1943), de stadiul de nuclee ale Sinelui (Gedo şi Goldberg, 1969).

Este semnificativ faptul că pacientul foloseşte termeni negativi când încearcă să descrie trăirile unor fragmente de corp-minte-Sine sau de obiecte ale Sinelui. De exemplu, buzele sale sunt percepute într-un fel „ciudat“; corpul i-a devenit „străin“; modul său de gândire e acum „bizar“ etc. — toţi termenii exprimă faptul că, în esenţă, schimbările regresive sunt în afara organizării psihice a pacientului. Din punctul de vedere al dezvoltării, se poate spune că aceste fragmente sunt „prepsihice“.

Caracterizarea imagoului părintelui idealizat ca fiind un „obiect tranziţional“ trebuie înţeleasă doar în sensul relativ: este tranziţional comparativ cu Sinele grandios şi cu investirile sale libidinale. Pentru a fi şi mai exact: în cadrul procesului de dezvoltare de la (1) obiectul arhaic al Sinelui, via (2) structură psihică, la (3) obiectul real (vezi capitolul 2), imagoul părintelui idealizat intră în mod clar în categoria obiectelor arhaice ale Sinelui (care premerg stadiului „structurii psihice“), căci îndeplineşte funcţii pe care psihicul copilului le va îndeplini mai târziu. Cu alte cuvinte, imagoul idealizat al părintelui e încă departe de a fi perceput ca un obiect independent. Totuşi, prin comparaţie cu Sinele grandios, poate fi considerat ca având nişte vagi caracteristici de „obiect“, căci este investit cu libido idealizant. Libidoul idealizant, aşa cum va fi discutat

în capitolele 4 și 12, este înlocuit (și capătă un rol subordonat) de către psihicul matur în cadrul investirilor libidinale ale obiectelor, devenind amalgamat cu tendinţele mai mature de natură obiectual-libidinală. Bine-cunoscuta descriere a lui Winnicott (1953) cu privire la atitudinile interne ale copilului față de aceste „obiecte tranziționale“ (precum mult-iubita păturică) abordează problema obiectului arhaic dintr-un punct de vedere ce diferă de al meu (vezi, pentru o discuție asemănătoare, observațiile mele vizavi de Mahler din capitolul 8). În esenţă, conceptualizările mele metapsihologice sunt bazate pe reconstrucții și extrapolări provenite din analiza adulților cu tulburări de personalitate narcisică. Lucrul cu adulții oferă o mai bună înțelegere a experienței psihice (în comparație cu abordarea directă a copiilor), căci (a) experiența originală reiese în deplină forță și (b) comunicarea verbală este mult mai facilă. Teoretizările mele acoperă fenomenele descrise de Winnicott și de alți autori (vezi, de exemplu, Wulff, 1946). Totuși, formulările de față — în mod special, cele privind importanta distincției dintre (a) relația Sinelui grandios cu mediul și (b) relația imagoului părintelui idealizat cu mediul — merg dincolo de nivelul empatic descriptiv; ele furnizează o explicație a acestor fenomene în termeni metapsihologici.

Partea I. Activarea terapeutică a obiectului omnipotent

Capitolul 2. Transferul idealizant

Activarea terapeutică a obiectului omnipotent (a imagoului părintelui idealizat), proces la care ne vom referi prin sintagma transfer idealizant, reprezintă revenirea în timpul analizei a unuia dintre cele două aspecte din faza timpurie a dezvoltării psihice. În această stare, psihicul salvează o parte din trăirea privitoare la perfecțiunea narcisică globală după ce a fost expus unei perturbări a echilibrului psihic de la nivelul narcisismului primar. Apoi atribuie acea parte salvată unui obiect al Sinelui, care este un obiect arhaic şi rudimentar (tranziţional) — este vorba, mai precis, despre imagoul părintelui idealizat. Odată ce acum toată fericirea şi puterea țin de obiectul idealizat, copilul se simte golit şi lipsit de putere când este separat de el şi, în consecință, încearcă să mențină o uniune continuă cu acesta.

O descriere psihanalitică a experienţelor timpurii este dificilă şi destul de riscantă. Fiabilitatea propriei empatii, ca instrument major al observaţiei psihanalitice, e tot mai mică pe măsură ce individul observat este mai diferit decât observatorul. Astfel, stadiile timpurii ale dezvoltării psihice reprezintă, în mod particular, o provocare pentru noi, aceea de a empatiza cu noi înşine, cu organizările psihice din trecutul nostru. Prin urmare, suntem nevoiţi să ne mulţumim cu aproximări empatice vagi. În plus, trebuie să evităm, în descrierea noastră, introducerea amăgitoare a unor stadii psihice ulterioare pentru descrierea celor timpurii (adultomorfism). Şi deseori va trebui să ne mulţumim cu exprimarea înţelegerii noastre în termeni ce derivă din analogii mecanice şi fizice, aflate la o distanță mult mai mare față de câmpul psihic observat (empatic) decât s-ar fi dorit. De aceea, suntem înclinaţi să spunem mai puţine lucruri despre conţinutul psihic al fazelor timpurii de dezvoltare; în schimb, putem să ne concentrăm atenţia pe condiţiile generale ce predomină în aparatul psihic în acea perioadă. Cu alte cuvinte, vom descrie stadiile psihice cu tensiunile şi detensionările lor (şi cu circumstanţele ce duc la apariţia acestor schimbări), dar în general nu vom încerca să identificăm un conţinut (ideatic) al experienţei arhaice.

La prima vedere, cineva s-ar putea să se simtă obligat să aplice in toto

consideraţiile precedente pentru cazul constelaţiilor psihice reactivate în transferul idealizant (la fel şi pentru cazul reactivării Sinelui grandios, aspect ce va fi discutat mai târziu). Şi, câtă vreme acest transfer reprezintă reactivarea începuturilor rudimentare ale obiectului idealizat, descrierile noastre trebuie, fără îndoială, să privească starea sau condiţia specifică a aparatului psihic al copilului, şi nu un conţinut ideatic inaccesibil înţelegerii noastre (din cauza vârstei foarte mici a copilului).

Totuşi, două circumstanţe interdependente ne permit să înţelegem mai multe despre conţinuturile psihice ale transferului idealizant şi ne permit să le descriem mai în detaliu decât ar fi de aşteptat pe baza reflecţiilor precedente. (a) Mai întâi, ar fi faptul că fluxul de dezvoltare ce începe cu obiectul Sinelui — un obiect arhaic, tranziţional, idealizat — nu dispare când echipamentul cognitiv maturizat al copilului îi permite să recunoască din ce în ce mai multe detalii din mediul său şi când răspunsurile emoţionale specifice corespondente cresc, iar maturizarea echipamentului său pulsional îi permite să iubească (şi să urască) figurile importante ce îl înconjoară, adică să investească imaginile copilăriei de o manieră instinctual-obiectuală[17]. (b) Apoi, avem tendinţa aparatului psihic de a „telescopa“ experienţe psihice analoage, fapt care permite ca analizandul să poată discuta despre influenţa obiectelor arhaice (tranziţionale) ale Sinelui, ce au fost reactivate în transferul narcisic, prin rememorarea unor amintiri ce cuprind experienţe analoage mai târzii şi care corespund celor arhaice.

Idealizările copilului mic aparţin din punct de vedere genetic şi dinamic unui context narcisic, chiar dacă sunt direcţionate către sânul-mamă (destul de vag perceput) sau către un părinte oedipian mai clar organizat. Deşi investirile narcisice idealizante încep să fie neutralizate treptat şi inhibate în raport cu scopul (odată ce copilul se îndreptă spre perioada de latenţă), ele continuă să îşi păstreze caracterul narcisic. Idealizările îşi lasă cea mai puternică şi durabilă amprentă în structura personalităţii în special în cele mai avansate stadii ale dezvoltării timpurii (care coexistă cu puternicele investiri obiectual-instinctuale). Idealizările ajung astfel să participe la procesul de internalizare din stadiul în care se formează Supraeul. Aşa că este important să reţinem faptul că acele calităţi narcisice esenţiale au rămas neschimbate chiar şi la acest stadiu relativ târziu de dezvoltare.

Nu e nevoie să accentuăm importanţa primordială a investirilor de obiect timpurii (fie ele libidinale sau agresive) pentru dezvoltarea psihică şi nici să subliniem valoarea studierii vicisitudinilor ce le însoţesc, aşa cum a arătat

sistematic Freud în Trei eseuri despre teoria sexualităţii (1905/2001). Totuşi, recunoaşterea faptului că copilul (normal) răspunde tot mai mult la obiecte pe care el le percepe ca fiind separate şi independente de el nu ar trebui să ne împiedice să admitem prezenţa persistentă a componentelor narcisice în întreaga ţesătură a psihicului (de asemenea, nimic nu ne va putea împiedica să urmărim evoluţia acestor componente). Idealizarea obiectelor parentale din perioadele preoedipiene târzii şi oedipiene pot fi astfel înţelese în mod fructuos ca o continuare a idealizării arhaice. Obiectul idealizat mai târziu în diversele stadii de dezvoltare este un moştenitor al celui arhaic — în ciuda prezenţei simultane a unei solide investiri obiectuale la nivelul relaţiei copilului cu părinţii.

Idealizarea este unul dintre cele două drumuri principale ale dezvoltării narcisismului. Libidoul narcisic idealizant joacă un rol important în relaţiile de obiect mature, unde este amestecat cu libidoul investit în obiectul real. Totodată, idealizarea este sursa principală a combustibilului libidinal pentru o parte din activităţile importante din punct de vedere socio-cultural, ce sunt subsumate sub termenul de creativitate şi formează o componentă a acelei atitudini umane foarte apreciate pe care o numim „înţelepciune“ (Kohut, 1966a). Totuşi, în contextul prezent, trebuie precizat că amestecul aspectelor idealizate ale imagoului parental cu acele sectoare generale ale imagourilor parentale investite cu libido obiectual exercită o influenţă puternică şi importantă asupra stadiului (re)internalizării. Şi, în consecinţă, au o influenţă puternică în construcţia a două structuri centrale permanente ale personalităţii — (a) ţesătura de bază neutralizatoare a psihicului, respectiv (b) Supraeul idealizat — care sunt atribuite cu investiri instinctual-narcisice.

Anumite detalii ale acestor procese de internalizare de bază din câmpul narcisic sunt suficient de importante încât să fie lămurite mai pe larg. În timp ce copilul idealizează părintele, constelaţia idealizată este deschisă rectificărilor şi modificărilor prin experienţele actuale (recunoaşterea de către copil a calităţilor reale ale părinţilor). Iar dezvăluirea graduală şi empatică a neajunsurilor părinţilor îi permite copilului să îşi retragă o parte din libidoul idealizant dinspre imagourile părinţilor şi să le întrebuinţeze în întărirea structurilor reglatoare de pulsiuni. Dezamăgirea oedipiană masivă (dar adecvată ca stadiu de dezvoltare) faţă de părinte (desigur, normal este ca părintele de acelaşi sex cu copilul să fie cel ce joacă cel mai important rol în acest context) conduce până la urmă la idealizarea Supraeului, un pas matur şi de dezvoltare ce are un rol important în protejarea personalităţii de pericolele regresiei narcisice.

Cu alte cuvinte, putem spune că, realizată la momentul oportun din punct de vedere dezvoltaţional, internalizarea aspectelor ce ţin de obiectele oedipiene investite cu libido obiectual (şi agresivitate obiectuală) duce spre construirea acelor aspecte ale Supraeului ce îndreaptă către Eu ordinele, interdicţiile, laudele, mustrările şi pedepsele pe care părinţii le-au direcţionat până atunci către copil.[18] Internalizarea aspectelor narcisice ale relaţiei copilului cu părinţii oedipieni conduce, în plus, la dimensiunea narcisică a Supraeului, anume la idealizarea sa. Internalizarea aspectelor investite obiectual ale imagourilor parentale le transformă pe acestea în nişte conţinuturi şi funcţii ale Supraeului; internalizările aspectelor narcisice, în schimb, dau socoteală pentru poziţia de superioritate pe care aceste conţinuturi şi funcţii o au vizavi de Eu. Astfel, în urma idealizării lor (componenta instinctual-narcisică a investirii), derivă acea aură specifică şi caracteristică de perfecţiune absolută a valorilor şi standardelor Supraeului; iar omniscienţa şi autoritatea întregii structuri sunt datorate tot faptului că are loc o investire parţială cu libido idealizant[19], narcisic.

Dacă, în continuarea consideraţiilor precedente, urmărim dezvoltarea psihicului copilului nu doar privitor la investirile obiectuale, ci şi în raport cu vicisitudinile sectorului narcisic, putem recunoaşte că ultimul domeniu rămâne vulnerabil. Iar dezvoltarea sa poate fi tulburată sau blocată şi dincolo de stadiul în care perceperea generală a copilului asupra mediului este predominant narcisică. Acel curent narcisic particular ce este subsumat aici sintagmei „imago al părintelui idealizat“ rămâne vulnerabil pe întreaga durată a importantei dezvoltări timpurii, anume de la (a) stadiul formării obiectului arhaic şi idealizat al Sinelui, la (b) perioada internalizării masive a aspectului idealizat al imagoului părintelui oedipian. Astfel, perioada de vulnerabilitate maximă se termină când un Supraeu nuclear idealizat a fost conturat în siguranţă, odată ce, aşa cum am mai zis şi mai devreme, capacitatea de idealizare a valorilor şi standardelor centrale pe care copilul le-a dobândit exercită o influenţă durabilă şi benefică asupra economiei psihice din sectoarele narcisice ale personalităţii.

Influenţa interacţiunilor copilului cu părinţii săi asupra îmblânzirii pulsiunilor obiectual-instinctuale, asupra creşterii controlului Eului în raport cu pulsiunile, precum şi asupra aspectelor Supraeului ce controlează şi canalizează pulsiunile este bine-cunoscută şi nu necesită atenţia noastră în contextul prezent. În schimb, condiţiile analoage ce influenţează dezvoltarea narcisismului copilului merită atenţia noastră, în special în acest punct legat de idealizările efectuate de copil. Modificarea investirilor idealizante arhaice (îmblânzirea, neutralizarea şi diferenţierea lor) este realizată la nivelul obiectului idealizat al Sinelui.

Rezultatul specific şi individual al acestui proces este determinat, în parte, de reacţiile afective specifice ale obiectului pe care copilul îl idealizează. Însă, aşa cum severitatea Supraeului se poate instala, până la un punct, independent de asprimea comportamentului părinţilor (sau, în mod paradoxal, poate să fie intensificată de îngăduinţa lor), la fel se poate întâmpla şi în cazul perfecţiunii absolutiste a Supraeului (ne referim la idealizarea Supraeului, la dimensiunea Idealului Eului). Până la un punct acest proces de idealizare poate fi independent de comportamentul părinţilor şi (paradoxal) poate fi chiar intensificat uneori de sărăcia empatică a părintelui, care frustrează în mod traumatic nevoia copilului (adecvată vârstei) de a fi lăudat. (Vezi capitolul 10, pentru o discuţie a eşecului empatic similar al analistului atunci când pacientul are nevoie să fie lăudat.)

Ştim că obiectele preoedipiene şi oedipiene ale copilului (pe axa investirii lor obiectuale, respectiv narcisice) exercită o influenţă decisivă în modelarea personalităţii adulte, deoarece lasă o amprentă permanentă asupra preferinţelor pulsionale şi alegerilor de obiect de mai târziu. Cu toate acestea, şi rolul lor ca precursori ai structurii psihice poate fi privit ca având o importanţă cel puţin la fel de mare. Odată ce structurile psihice nucleare s-au stabilizat, pierderea obiectului nu va mai lăsa personalitatea incompletă, indiferent cât de zdrobitoare ar fi (această stabilizare are loc de obicei la sfârşitul stadiului oedipian; totuşi, o consolidare fermă a aparatului psihic are loc în timpul perioadei de latenţă şi pubertate, un pas decisiv şi final fiind în adolescenţa târzie, mai ales în aria privitoare la stabilirea unor idealuri de încredere). O astfel de pierdere a obiectului (de ex., o pierdere subită suferită într-un stadiu mai târziu al dezvoltării) ar putea să împiedice personalitatea să mai îndrepte investiri libidinale semnificative către noi obiecte; dar, în general, nu va distruge structura de bază a aparatului psihic.[20] Privările traumatice şi pierderile de obiect survenite până la perioada oedipiană şi incluzând perioada oedipiană (şi uneori chiar în perioada de latenţă şi în adolescenţă) şi dezamăgirile traumatice suferite din partea obiectelor pot, totuşi, să afecteze serios structuralizarea de bază a aparatului psihic.

Ar mai trebui adăugat că, în contextul consideraţiilor precedente, începutul perioadei de latenţă poate fi privit ca aparţinând tot fazei oedipiene. Ea constituie ultima din cele câteva perioade de vârf ale vulnerabilităţii psihicului copilului mic. Aceste momente de pericol major din copilăria timpurie, în care psihicul este în mod special susceptibil traumatizării, corespund cu stabilirea câte „unui nou echilibru de forţe psihice, încă nesigur, după un salt brusc în dezvoltare“ (Kohut şi Seitz, 1963, pp. 128 şi urm). Dacă aplicăm acest principiu de

vulnerabilitate al noilor structuri Supraeului aflat la începutul perioadei de latenţă şi, în mod particular, noii idealizări a valorilor, standardelor şi funcţiilor de recompensă şi pedeapsă ale acestui Supraeu, nu ne va surprinde deloc să observăm că experienţa clinică demonstrează faptul că o dezamăgire severă din partea obiectului oedipian idealizat poate să anuleze (chiar şi la începutul perioadei de latenţă) acea idealizare precară a Supraeului. Altfel spus, poate face copilul să reinvestească imagoul obiectului idealizat al Sinelui, adică poate duce la o reînnoire a căutării insistente a unui obiect extern perfect (vezi şi Hartmann, 1952, care sublinia faptul că noile funcţii dobândite „au un grad înalt de reversibilitate la copil“ — p. 177). Aşa cum un copil mic poate tolera primele separări temporare de mama sa, atât timp cât ştie că mama va fi disponibilă dacă dorul său va deveni insuportabil, la fel copilul poate să renunţe la idealizarea externă, în perioada latentă timpurie, dacă obiectul perfect este încă disponibil pentru reinvestiri ocazionale cu libido idealizant. Şi la fel cum un copil mic nu va tolera nicio separare când se teme că îşi va pierde mama în mod iremediabil, tot aşa poate fi cazul şi pentru idealizarea Supraeului în perioada latentă timpurie, idealizare la care se va renunţa atunci când obiectul idealizat va părea că este iremediabil pierdut. Vulnerabilitatea neobişnuită a psihicului în perioada latentă timpurie şi reacţia regresivă în caz de traume (petrecute în acest stadiu) nu ţine doar de faza de dezvoltare, ci şi de experienţele traumatice precedente.

În cazul particular al pierderii imagoului părintelui idealizat (pierderea obiectului idealizat al Sinelui sau dezamăgirea produsă de acesta) până la perioada oedipiană şi incluzând-o, se ajunge la tulburări în sectoare narcisice specifice ale personalităţii. În condiţii optime, copilul trăieşte dezamăgiri graduale cu privire la obiectul idealizat — altfel spus, evaluarea copilului cu privire la obiectul idealizat devine treptat realistă. Acest proces duce la o retragere a investirilor narcisice dinspre imagoul obiectului idealizat al Sinelui şi la internalizarea graduală a acestui obiect (în perioada oedipiană, avem chiar o internalizare masivă, dar adecvată acelui stadiu). Astfel, se asigură o achiziţie a structurilor psihice permanente ce preiau endopsihic funcţiile pe care le-a îndeplinit anterior obiectul idealizat al Sinelui. Dacă copilul suferă de o pierdere traumatică a obiectului idealizat sau de o dezamăgire masivă legată de el (severă şi bruscă, nespecifică stadiului de dezvoltare), atunci internalizarea optimă nu poate avea loc. Copilul nu dobândeşte structura internă necesară, psihicul său rămâne fixat la obiectul arhaic al Sinelui şi personalitatea sa va fi dependentă de-a lungul vieţii de anumite obiecte în ceea ce pare a fi o formă intensă de „foame de obiect“. Intensitatea căutării şi dependenţei de aceste obiecte este cauzată de faptul că ele sunt căutate pentru a deveni substitute pentru acele elemente care

lipsesc din structura psihică. Ele nu sunt obiecte (în sensul psihologic al termenului), pentru că ele nu sunt iubite și admirate pentru atributele lor, pentru trăsăturile reale ale personalității și pentru acțiunile lor, care sunt doar slab recunoscute. Ele nu sunt dorite, ci sunt necesare pentru a înlocui funcțiile unui segment al aparatului psihic ce nu s-a stabilizat în copilărie.

În câmpul narcisic, tulburările traumatice foarte timpurii din relația cu obiectul arhaic și idealizat al Sinelui și, în special, dezamăgirile traumatice de atunci pot afecta considerabil dezvoltarea capacității de bază a psihicului de a menține, de unul singur, echilibrul narcisic al personalității (sau de a restabili echilibrul după ce a fost perturbat). De exemplu, acesta poate fi cazul pentru personalitățile care devin dependente. Trauma pe care acești indivizi au suferit-o reprezintă cel mai frecvent o dezamăgire legată de o mamă care, din cauza empatiei deficitare cu privire la nevoile copilului (sau din alte motive), nu a îndeplinit în mod potrivit acele funcții pe care aparatul psihic matur trebuie mai apoi să le performeze (sau inițieze) în mare parte de unul singur (este vorba despre funcții precum a asigura o barieră pentru stimuli; a furniza stimulii necesari într-un mod optim; a oferi gratificări eliberatoare de tensiune etc.). Dezamăgirile traumatice suferite în aceste stadii arhaice ale dezvoltării obiectului idealizat al Sinelui au lipsit copilul de internalizarea graduală a experiențelor timpurii de a fi alinat în mod optim sau de a fi ajutat în a adormi. Astfel de indivizi rămân fixați pe aspecte ale obiectelor arhaice, pe care le pot regăsi, de exemplu, sub forma drogurilor. Totuși, drogul servește nu ca substitut pentru obiecte iubite și iubitoare sau pentru relația cu ele, ci ca un înlocuitor pentru un deficit din structura psihică.

În regresia specifică ce are loc în analiza unor astfel de pacienți, analizandul devine dependent de analist sau de procedura analitică și — deși în sensul metapsihologic al cuvântului, termenul de „transfer“ nu este tocmai corect aici — am putea spune că apare o relație similară cu transferul în care este reinstalată o condiție arhaică. Analizandul reactivează nevoia de un obiect al Sinelui, un obiect arhaic, trăit narcisic, care precede structurarea psihică într-un segment specific al aparatului psihic. Mai departe, analizandul se așteaptă ca obiectul către care își îndreaptă solicitările (adică analistul) să îndeplinească anumite funcții de bază din câmpul homeostaziei narcisice, funcții pe care psihicul său nu le poate asigura.

Tulburările în relația cu obiectul idealizat duc la consecințe care pot fi clasificate prin divizarea lor în trei grupe, potrivit fazei de dezvoltare în care a fost resimțit impactul principal al traumei.

1. Perturbările foarte timpurii din relaţia cu obiectul idealizat par să ducă spre o slăbiciune structurală generalizată — poate chiar către o funcţionare deficitară sau disfuncţională a barierei pentru stimuli —, ce afectează destul de mult capacitatea psihicului de a menţine homeostazia narcisică de bază a personalităţii. O personalitate astfel rănită suferă de o vulnerabilitate narcisică difuză. (Acest subiect este discutat mai departe în capitolul 3.)

2. Mai târziu — dar tot în faza preoedipiană — perturbările traumatice din relaţia cu obiectul idealizat (sau, cum am arătat, o dezamăgire traumatică) pot să afecteze structura de bază a aparatului psihic (preoedipian) care are ca rol controlul pulsiunilor, canalizarea şi neutralizarea lor. Acest deficit structural se va putea manifesta prin resexualizarea derivaţilor pulsionali sau şi a conflictelor interne şi externe (adesea sub forma unor fantasme sau acte perverse).

Aş vrea să sugerez ipoteza următoare, ca o explicaţie a acestui fapt clinic observabil. La fel cum Supraeul (vezi mai jos, punctul 3) reprezintă replica internă introiectată a obiectului oedipian, tot aşa şi structura de bază a Eului este compusă din nenumărate replici interne (dar mici ca dimensiune) ale aspectelor obiectului preoedipian. Şi tot aşa cum aspectele iubitor-aprobatoare şi furios-frustrante ale obiectului oedipian sunt internalizate în timpul perioadei oedipiene şi devin (în cadrul Supraeului) nişte funcţii aprobatoare şi nişte scopuri pozitive, respectiv nişte funcţii punitive şi nişte interdicţii, la fel se petrece şi în cazul aspectelor aprobatoare şi frustrante ale obiectului preoedipian care se transformă în structura de bază a Eului. În contrast cu dimensiunea masivă (dar în acord cu faza de dezvoltare) a internalizării oedipiene ce formează Supraeul, structura de bază a Eului este sedimentată în cantităţi mici de internalizări care, totuşi, au loc în nenumărate ocazii în timpul întregii perioade preoedipiene.

Internalizarea aspectelor investite narcisic ale obiectului preoedipian şi a celui oedipian are loc după acelaşi principiu. Retragerea masivă (dar adecvată fazei dezvoltaţionale) a investirilor narcisice de la obiectul oedipian duce la internalizarea acestor investiri şi la legarea acestora de funcţiile aprobatoare şi prohibitive ale Supraeului, cât şi de valorile şi idealurile sale — un proces ce

conduce la statutul respectabil de care se bucură aceste funcţii şi conţinuturi ale Supraeului. Dezamăgirile nenumărate, mici şi nontraumatice, legate de perfecţiunea obiectului preoedipian (adică creşterea graduală a percepţiei realiste a obiectului preoedipian) explică similar acel plus de respectabilitate (şi de putere) de care se bucură micile prohibiţii, mustrări sau atitudini aprobatoare şi îndrumătoare. Acestea formează, în totalitatea lor, structura de bază a Eului pentru canalizarea şi neutralizarea pulsiunilor. (Deşi o discuţie detaliată legată de acest subiect nu poate fi dezvoltată aici, se poate menţiona faptul că termenul de „structură de bază a Eului“ nu este în totalitate corect de vreme ce anumite straturi ale Se-ului din „aria neutralizării progresive“ joacă, şi ele, funcţia de canalizare şi neutralizare a pulsiunilor — vezi Kohut şi Seitz, 1963, p. 137)

3. În cele din urmă, dacă apariţia perturbărilor are loc în perioada oedipiană, deci dacă dezamăgirea de proporţii traumatice atinge obiectul oedipian sau din perioada preoedipiană târzie (sau chiar obiectul de la începutul perioadei de latenţă atunci când contrapartea încă externă, parţial idealizată, a obiectului idealizat internalizat este distrusă în mod traumatic), în acest caz idealizarea Supraeului va fi incompletă. Rezultatul va fi că persoana (chiar dacă posedă valori şi standarde) va căuta mereu figuri externe ideale de la care va vrea să obţină aprobarea şi ghidarea pe care Supraeul său (insuficient idealizat) nu le poate oferi.

Să ne abatem de la consideraţiile privind vicisitudinile dezvoltării imagoului părintelui idealizat şi să ne întoarcem la o discuţie legată de două subiecte ce au o importanţă deosebită pentru aprecierea generală a informaţiilor referitoare la dezvoltarea psihică: (1) relaţia dintre formarea structurii psihice şi dezinvestirea imagourilor obiectuale; şi (2) diferenţa la nivel de semnificaţie psihică între (a) obiectele arhaice (ale Sinelui) cu funcţiile lor, (b) structurile psihice cu funcţiile lor şi (c) obiectele mature cu funcţiile lor.

Relaţia dintre formarea structurii psihice şi retragerea investirilor instinctual-obiectuale şi narcisice dinspre imagourile obiectuale este cel mai bine demonstrată prin evidenţierea următorilor trei factori ce joacă un rol important în procesul formării structurii psihice — proces pe care aş dori să îl numesc internalizare transmutativă.[21]

1. Aparatul psihic trebuie să fie pregătit pentru structurarea sa, altfel spus psihicul trebuie să fi ajuns la o receptivitate suficient preformată încât să permită introiecte specifice. (Emergența independentă a unor astfel de potențialităţi interne pre-formate este descrisă de Hartmann, 1939, 1950a, ca un prim nivel de autonomie în creșterea psihică.)

2. Înainte de retragerea investirii dinspre obiect, are loc o detașare a acelor aspecte ale imagoului obiectului pe cale de a fi internalizate. Această detașare are o importanță psiho-economică majoră: constituie substanța metapsihologică a ceea ce, în termeni ce sunt mai aproape de experiența observabilă empatic sau introspectiv, este denumită ca fiind „frustrarea optimă“. Partea esențială a procesului de retragere treptată a investirii dinspre obiect a fost pentru prima oară precizată de Freud (1917a/2010) în descrierea metapsihologică privind procesul doliului. Exprimată în mod concret, retragerea investirii narcisice are loc în mod treptat atunci când copilul poate să resimtă, pe rând, o serie de dezamăgiri cu privire la câte un aspect idealizat al obiectului; internalizarea transmutativă eșuează dacă, de exemplu, dezamăgirea legată de perfecțiunea obiectului se referă la întregul obiect idealizat, anume când copilul recunoaște brusc faptul că obiectul omnipotent este lipsit de putere.

3. În completarea celor spuse cu privire la detașarea unor aspecte ale imagoului obiectual, să mai observăm că, pentru o internalizare eficientă (care duce la formarea structurii psihice), mai e nevoie de ceva. Anume de o depersonalizare a aspectelor introiectate ale imagoului obiectual. Acest lucru se produce în principal prin mutarea atenției de la contextul uman global al personalității obiectului la anumite funcții specifice ale acestuia.[22] Cu alte cuvinte, structura internă îndeplinește acum funcțiile pe care obiectul obișnuia să le îndeplinească pentru copil — doar că această structură funcțională a fost dezinvestită în mare parte de trăsăturile de personalitate ale obiectului. În acest moment al procesului, imperfecțiunile sunt bine-cunoscute. De exemplu, de obicei, Supraeul păstrează

nişte urme ale trăsăturilor umane ale obiectului oedipian. Iar structura de bază a psihicului (cu rol de reglare a pulsiunilor) poate să lucreze cu metode personalizate de ameninţare şi seducţie care sunt derivate din caracteristicile obiectelor preoedipiene şi din atitudinea lor specifică faţă de pulsiunile copilului.

Acum ne putem întoarce la al doilea subiect al discuţiei generale în cauză şi să accentuăm că există o diferenţă crucială între (1) obiectul arhaic şi trăit narcisic al Sinelui (obiect doar în contextul observării comportamentului manifest); (2) structurile psihice (ce sunt construite ca o consecinţă a dezinvestirii graduale a obiectului arhaic trăit narcisic) ce continuă să îndeplinească funcţiile reglatoare, integratoare şi adaptative în raport cu pulsiunile ce au fost îndeplinite până atunci de obiectul extern; şi (3) obiecte reale (în sensul psihanalitic) ce sunt atribuite cu investiri instinctual-obiectuale, anume obiecte iubite şi urâte de un psihic ce s-a separat de obiectele arhaice, a dobândit structuri autonome, a acceptat răspunsurile şi motivaţiile independente ale celorlalţi şi a înţeles ideea de reciprocitate.

Deşi obiectul arhaic (trăit narcisic) şi obiectul matur (investit cu libido obiectual) sunt amândouă „obiecte“ în sensul psihologiei sociale, din punctul de vedere al teoriei psihanalitice (metapsihologice), ele se situează la capetele opuse ale liniei de dezvoltare şi ale continuumului psihodinamic. Cu alte cuvinte: structurile endopsihice, precum Supraeul (şi alte configuraţii mai puţin delimitate ale Eului), sunt mult mai puţin distanţate, atât ca semnificaţie psihică, dar şi ca mod de funcţionare, faţă de obiectele mature ale psihicului, dacă este să le comparăm cu obiectele arhaice care încă nu au fost transformate în structuri psihice interne. Perspectiva interpersonală a psihologiei sociale, abordarea sociobiologică a tranzacţionalismului, contrastele dintre „îndreptarea-către-celălalt“ şi „îndreptarea-către-interior“ (Riesman, 1950) şi chiar descrierile psihodinamice sofisticate bazate pe observarea „directă“ a copilului (dar care se bazează pe psihologia socială sau psihobiologie) nu iau în considerare aceste diferenţe cruciale. În consecinţă, introducerea cadrului lor teoretic în psihanaliză ar împovăra ştiinţa noastră prin distrugerea acestor diferenţieri fundamentale. Epuizarea dependentului care este separat de psihoterapeutul ce-l calmează sau nevoia stringentă de a vedea terapeutul ca pe o figură conducătoare vine din faptul că aceşti pacienţi nu şi-au construit o structură directoare de valori şi idealuri interne. De aceea, aceste exemple reprezintă nişte reactivări terapeutice ale nevoii de obiecte arhaice ale Sinelui (trăite narcisic). Aşa cum sper să demonstrez în acest studiu, aceste obiecte arhaice ale Sinelui (trăite narcisic) sunt într-adevăr reînviate în terapie în cadrul unui anume fel de a percepe figura

terapeutului şi formează două tipuri diferite de transferuri ce pot fi sistematic investigate şi perlaborate. Ele nu trebuie confundate cu reactivarea transferenţială a obiectelor (incestuoase) din copilărie (investite la nivel instinctual-obiectual) — această reactivare din terapie are loc în analiza nevrozelor de transfer.

După discuţia precedentă asupra unor aspecte generale ale relaţiei dintre mediul social şi formarea structurilor şi funcţiilor psihice, acum ne putem întoarce la examinarea circumstanţelor specifice ce duc la perturbări ale acestor structuri derivate din imagoul părintelui idealizat.

Pentru a evita capcanele unei suprasimplificări ce poate falsifica lucrurile, permiteţi-mi mai întâi să aplic ariei noastre specifice un postulat deja testat. Ideea este că vicisitudinile dezvoltării psihice normale şi anormale sunt în general inteligibile doar dacă le considerăm ca fiind cauzate nu doar de incidente singulare din viaţa copilului, ci şi ca un rezultat al interacţiunii dintre numeroşi factori etiologici. Perturbarea traumatică a relaţiei cu obiectul idealizat (sau dezamăgirea faţă de obiect) poate fi deseori atribuită unui moment specific din dezvoltarea timpurie a copilului. Cu toate acestea, efectul traumelor specifice poate fi înţeles, de obicei, doar când este luată în calcul şi existenţa unei predispoziţii la a fi traumatizat. Mai departe, susceptibilitatea la traumă este cauzată de interacţiunea dintre o fragilitate structurală congenitală şi trăirile anterioare traumei patogenice. Astfel, în dezvoltarea narcisismului, avem nevoie de interacţiunea a două serii complementare de factori cauzali, la fel cum se întâmplă şi în dezvoltarea iubirii de obiect şi a agresivităţii de obiect.

Oricum, transferul idealizant ce apare spontan în analiză se referă, în general, la acel moment specific din dezvoltarea imagoului părintelui idealizat în care dezvoltarea normală în domeniul obiectului idealizat a fost perturbată sever sau chiar întreruptă. Un astfel de moment poate să aibă loc în intervalul cuprins între cel mai timpuriu şi arhaic stadiu al obiectului idealizat al Sinelui şi stadiul mai târziu care precede consolidarea reinternalizării finale a obiectului (adică idealizarea Supraeului). În evaluarea transferului idealizant, vom realiza deseori că reactivarea în terapie a stadiilor mai târzii ale imagoului părintelui idealizat (de exemplu, o dezamăgire traumatică preoedipiană sau oedipiană a fiului legată de tatăl său) poate avea la bază un strat mult mai adânc al unei dezamăgiri timpurii şi inexprimabile cu privire la mama idealizată. Acest fapt ar putea fi cauzat de lipsa unei empatii pe care copilul să se fi putut baza, de stările ei depresive sau cauzate de o boală fizică, de absenţa ei sau chiar de moartea ei.

Mai departe, aşa cum am menţionat pe scurt, evaluarea genetică a transferului idealizant trebuie să ia în calcul şi acea tendinţă psihică pe care o numesc telescoparea trăirilor analoage din punct de vedere genetic.[23] Prin această sintagmă mă refer la faptul că psihicul ar putea suprapune amintiri ale unor experienţe mai târzii (postoedipiene), care sunt importante, dar nu vitale, peste cele timpurii, care sunt specifice şi patogene. Faptul că peste amintirile perioadei esenţiale pentru perturbarea dezvoltaţională noi suprapunem nişte amintiri ale experienţelor analoage mai târzii reprezintă o manifestare a puterii sintetizatoare a psihicului. Și acest fenomen nu trebuie înţeles doar având un rol de apărare (în scopul de a evita actualizarea amintirilor timpurii). Mai degrabă, această „telescopare“ poate reprezenta o încercare de a exprima trauma timpurie prin intermediul conţinuturilor psihice analoage ce sunt mai aproape de procesele secundare şi de comunicarea verbală. În practica clinică, revenirea unor astfel de amintiri referitoare la evenimente mai târzii poate fi acceptată în locul unora mai timpurii (şi putem numi aceste amintiri mai recente ca „derivaţi“ doar când conţinutul psihic al evenimentului a fost reţinut în inconştient sub forma unei amintiri ce poate fi verbalizată). Această acceptare a unor amintiri mai noi se face, desigur, cu riscul ca analizandul să nu aibă acces la reconstrucţia genetică a traumei timpurii şi a influenţei sale asupra traumatizărilor ulterioare. (Totuşi, teoreticianul psihanalist nu poate să îşi permită o astfel de lejeritate; el trebuie să încerce să determine perioada în care trauma patogenă specifică a avut de fapt loc.)

Aşa cum poate fi dedus din consideraţiile de mai sus, transferul idealizant ce apare în analiza anumitor tulburări de personalitate narcisică se produce în forme distincte şi specifice, ce sunt determinate de momentul specific la care fixaţia traumatică majoră a avut loc. Sau de momentul la care dezvoltarea narcisismului idealizant a fost blocată. Totuşi, ca grup de procese, aceste transferuri sunt uşor de deosebit, atât metapsihologic, cât şi clinic, faţă de idealizările întâlnite în timpul anumitor faze din analiza nevrozelor de transfer. Regularitatea şi ordinea trăsăturilor specifice transferului idealizant, stabilitatea sa şi poziţia centrală din procesul analitic — în contrast cu manifestările schimbătoare şi poziţia periferică din cazul idealizărilor ivite în analiza nevrozelor de transfer — sunt datorate faptului că fixaţiile narcisice din toate subgrupurile de transfer idealizant privesc aspectele narcisice ale obiectului idealizat de dinaintea internalizării sale definitive, adică de dinaintea consolidării idealizării Supraeului. Deşi idealizările din nevrozele de transfer sunt menţinute, fără îndoială, şi de mobilizarea libidoului narcisic-idealizant, ele trebuie înţelese ca fiind expresia unei supraaprecieri neobişnuite a obiectului iubit. De precizat că, în acest punct,

obiectul iubit este investit intens cu libido obiectual, iar libidoul narcisic se adaugă doar în subsidiar, în timpul fazelor de transfer pozitiv intens; astfel, investiţia narcisică rămâne întotdeauna subordonată investirii obiectuale. Cu alte cuvinte, idealizarea din nevrozele de transfer este o trăsătură nespecifică a transferului pozitiv, aproape asemănătoare cu cea întâlnită în starea de îndrăgostire.

Transferul idealizant care se stabileşte în timpul analizei personalităţilor narcisice poate să apară sub o varietate de forme mai mult sau mai puţin distincte. Pot fi reactivări în terapie ale stărilor arhaice din perioada când imagoul mamei idealizate este încă aproape fuzionat cu imagoul Sinelui; dar sunt şi alte cazuri în care reactivările transferenţiale patognomonice privesc momente mult mai târzii din dezvoltarea libidoului idealizant şi a obiectului idealizat. În aceste din urmă cazuri, o traumă poate să conducă la fixaţii narcisice specifice în intervalul cuprins între stadiul preoedipian târziu şi perioada timpurie a stadiului de latenţă, când majoritatea sectoarelor din relaţia copilului cu părinţii săi sunt aproape în totalitate investite cu energii obiectual-instinctuale. Cu toate acestea, unele traume specifice (ca o dezamăgire bruscă, neaşteptată şi intolerabilă cu privire la obiectul idealizat la acest stadiu) pot produce răni patogene specifice în dezvoltarea narcisismului idealizant (sau pot anula o idealizare ce tocmai se stabilizase). Acestea duc la o idealizare insuficientă a Supraeului, la un deficit care conduce, mai departe, la o fixaţie la aspectele narcisice ale obiectului idealizat (obiect care poate fi preoedipian sau oedipian). Persoanele care au suferit astfel de traume (şi care au devenit adolescenţi sau adulţi) vor încerca mereu să atingă o uniune cu obiectul idealizat. Aceasta deoarece, prin prisma deficitului lor structural (idealizarea insuficientă a Supraeului lor), echilibrul lor narcisic poate fi asigurat doar de interesul, răspunsurile şi aprobarea oferite de replici din prezent (şi active) ale obiectului Sinelui care a fost pierdut în mod traumatic.

Aceste două tipuri de transfer idealizant, unul mai arhaic din punct de vedere dezvoltaţional şi unul mai matur (plus altele, situate între aceşti poli), pot fi recunoscute atât metapsihologic, cât şi clinic. Din punct de vedere clinic, pot fi recunoscute pe baza tabloului (transferenţial) distinct şi caracteristic pe care îl prezintă în timpul terapiei analitice. Totuşi, aşa cum am menţionat mai devreme, analistul trebuie să ia în calcul faptul că tabloul clinic poate fi încețoșat de fenomenul telescopării, anume de mobilizarea unor amintiri privind evenimente mai târzii ce sunt, totuşi, analoage evenimentelor patogene.

În fine, trebuie admis faptul că, uneori, nu este deloc ușor să decidem dacă transferul narcisic al anumitor pacienţi ce restabilesc o relaţie din stadii mai târzii ale obiectului idealizat nu este suprapus, de fapt, pe tulburări ce privesc obiecte narcisice mult mai arhaice. Astfel, există într-adevăr cazuri clinice în care nu poți să atribui psihopatologia unui singur moment în care apare fixația. În aceste cazuri transferul idealizant poate fi concentrat alternativ pe stadiile arhaice și oedipiene ale obiectului idealizat.

Modul în care folosesc termenii de libido instinctual-obiectal şi libido narcisic nu se referă la ţinta investirii instinctuale; ei reprezintă abstractizări referitoare la semnificaţia psihică a experienţei esenţiale. Astfel, obiectele ce formează baza pentru relaţiile transferenţiale discutate aici sunt investite cu libido narcisic. Pe de altă parte (vezi capitolul 1), Sinelui i se pot atribui ocazional şi investiri obiectual-instinctuale; de exemplu, (a) în cazul autovalorizării obiectuale sau (b) în schizofrenia incipientă, când un pacient se priveşte în oglindă ca şi cum ar fi un străin.

„Sinele ideal“ descris de Sandler şi alţii (1963) aparţine, cred eu, tot acestui context; anume, este idealul pe care ar trebui să îl îndeplinească copilul, impus de părinţi şi acceptat de copil. Vezi şi Lagache (1961), ce face diferenţa dintre l’idéal de moi, le moi idéal şi le surmoi; vezi şi Nunberg (1932), care distinge între Idealich şi Ichideal — Eul Ideal şi Idealul Eului.

Pe parcursul acestei cărţi folosesc termeni precum „libido idealizant“, „investire idealizantă“, „narcisism idealizant“ şi „idealizarea Supraeului“ ca transpuneri condensate ale relaţiilor complexe deja descrise; de exemplu, în paragraful anterior, folosirea termenului „libido idealizant“ se referă în mod particular la natura experienţei psihice. Cu alte cuvinte, termenul se referă exclusiv la modul subiectiv în care sunt trăite obiectul extern (obiectul idealizat) sau funcţiile unei instanţe psihice (Supraeul idealizat); desigur, această expresie nu denotă o existenţă obiectivă a unor figuri sau a unor instanţe psihice perfecte şi omnipotente, aflate în afara realităţii psihice trăite de subiect.

Pentru o discuţie convingătoare asupra excepţiei de la regulă, vezi două articole ale lui K.R. Eissler (1963b, 1967).

În contextul acestor descrieri, vezi abordarea lui Loewald (1962), iar în ce priveşte punctul 3, vezi lucrarea (nepublicată) a lui Loewald din 1965, aşa cum este citată de Schafer (1968, p. 10, notă de subsol).

În acest context, vezi cuprinzătoarea abordare teoretică a lui Schafer (1968) legată de problemele internalizării. Vezi mai ales partea finală a definiţiei sale generale: „o identificare poate să necesite o autonomie relativă faţă de originile sale în relaţiile subiectului cu obiectele semnificative din punct de vedere psihodinamic“ (p. 140).

Acest concept este legat întru câtva de „telescoparea evenimentelor“, dar diferă de aceasta din urmă, care se referă în mod specific la amintirile-ecran (Greenacre, citat de Kris, 1950; vezi şi Kris, 1956a).

Capitolul 3. O ilustrare clinică a transferului idealizant

Deşi materialul ce urmează să îl prezint a trebuit să fie scurtat şi condensat, structura cazului nu a fost deloc simplificată. Dimpotrivă, scopul meu este să demonstrez cum ghidarea teoretică oferită anterior poate ajuta la rezolvarea unor complexităţi structurale de tip genetic şi dinamic ce sunt întâlnite în analiza personalităţilor narcisice.

Dl A, un bărbat blond-roşcat, pistruiat, în jur de douăzeci şi cinci de ani, era un cercetător chimist la o mare firmă farmaceutică. Deşi acuza iniţială cu care a venit în analiză a fost că încă din adolescenţă s-a simţit atras sexual de bărbaţi, în scurt timp a devenit evident faptul că preocupările sale homosexuale nu erau proeminente, ci ocupau o poziţie destul de izolată în personalitatea sa. În plus, această acuză constituia unul dintre cei câţiva indicatori ai unui deficit de personalitate subiacent de ordin mai general. Mai importante decât fantasmele sale homosexuale ocazionale erau: (a) tendinţa de a se simţi vag depresiv, „stors de energie şi lipsit de zel“ (stare asociată cu o diminuare a capacităţii sale de lucru şi a creativităţii sale); şi (b) o mare (şi în principal, foarte specifică) vulnerabilitate a stimei de sine, manifestată prin sensibilitatea la critică, la lipsa de interes în privinţa sa sau la absenţa laudelor de la oamenii pe care el îi considera ca fiind mai importanţi decât el (superiori lui). Această vulnerabilitate a reprezentat un factor declanşator pentru perturbarea de care se plângea. Astfel, deşi era un om de o inteligenţă considerabilă care îşi îndeplinea sarcinile cu pricepere şi cu abilităţi creative, mereu era în căutare de îndrumare şi aprobare. Ghidarea şi aprecierile erau aşteptate atât din partea directorului laboratorului de cercetare unde lucra şi de la câţiva colegi seniori, cât şi din partea taţilor fetelor cu care se întâlnea. Era foarte atent la aceşti bărbaţi şi la opinia lor despre el, încerca să le obţină aprobarea şi ajutorul şi încerca să creeze situaţii în care el să fie sprijinit de ei. Atât timp cât se simţea acceptat, consiliat şi ghidat de astfel de bărbaţi, atât timp cât simţea că ei îl aprobă, se percepea ca fiind întreg, acceptabil şi capabil. Şi în aceste circumstanţe era capabil să lucreze bine, să fie creativ şi de succes. Cum apăreau mici semne de dezaprobare cu privire la el, o lipsă de înţelegere sau o lipsă de interes pentru el, pacientul se simţea epuizat şi

deprimat — mai întâi se înfuria, apoi devenea rece şi trufaş, după care se izola, iar capacitatea creatoare şi cea de lucru se deteriorau.

În transferul terapeutic coeziv ce s-a instalat în analiză, toate aceste înclinaţii şi reacţii ieşeau clar în evidenţă şi permiteau reconstrucţia treptată a unor anumite tipare decisive din punct de vedere genetic ce s-au manifestat în mod repetat şi care au evidenţiat deficitele specifice de personalitate ale pacientului. În mod repetat de-a lungul copilăriei sale, pacientul (care a fost cel mai mic dintre cei trei copii: avea un frate care era cu zece ani mai mare şi o soră cu trei ani mai mare decât el) s-a simţit extrem de dezamăgit în ce priveşte puterea şi eficienţa tatălui său tocmai când reuşise să îl (re)stabilească pe acesta ca o figură protectoare puternică şi eficientă. Aşa cum se întâmplă de multe ori (vezi remarcile de mai devreme, privind telescoparea evenimentelor analoage din copilărie), primele amintiri pe care pacientul le-a furnizat — pe lângă activările unor tipare relevante în transferul direct (privitor la analist) şi indirect (privind diverse figuri paterne din prezent) — aparţineau unei perioade relativ târzii din copilăria sa. După un zbor aventuros pe ruta Africa de Sud — America de Sud, familia a sosit în Statele Unite ale Americii când pacientul avea nouă ani şi tatăl, care fusese un afacerist prosper în Europa, nu a mai avut acelaşi succes în această ţară. Cu toate acestea, de nenumărate ori, tatăl a împărtăşit fiului noile sale planuri, stimulând astfel fanteziile şi aşteptările copilului. În mod repetat, tatăl deschidea câte o întreprindere în a cărei construcţie implica şi interesul şi participarea fiului. Şi, în mod repetat, când apăreau evenimente neprevăzute (cauzate în parte de nefamiliarizarea cu piaţa americană), ajungea să vândă afacerea de teamă să nu piardă totul, aşa încât nu reuşea niciodată să îşi atingă scopurile. Deşi acestea erau, desigur, amintiri de care dl A. a fost mereu conştient, el nu sesizase înainte cât de mare era contrastul dintre perioadele de mare încredere în tatăl său, atunci când acesta inspira siguranţă de sine în timp ce îşi forja planurile, şi momentele ulterioare, de dezamăgire disperată faţă de tată. Tatăl nu doar că îşi pierdea cumpătul în faţa dificultăţilor neaşteptate, dar reacţiona faţă de aceste eşecuri şi cu o deteriorare a stării fizice şi emoţionale (depresie şi acuze hipocondriace care îl determinau să bolească multă vreme).

Printre amintirile relevante ale pacientului, ce privesc ocurenţe mai timpurii legate de idealizarea şi dezamăgirea faţă de tatăl său, cele mai proeminente au fost cele din ultimii ani din Europa de Est, în special amintirea a două evenimente care au afectat decisiv averile familiei când pacientul avea şase, respectiv opt ani. În copilăria timpurie a pacientului, tatăl său a fost un bărbat frumos şi viril, fiind şi proprietarul unei fabrici mici, dar înfloritoare. Judecând

după mai multe indicii și amintiri, pare sigur faptul că tatăl și fiul au fost foarte apropiați afectiv și că fiul și-a admirat foarte mult tatăl până în momentul catastrofei ce s-a petrecut când pacientul avea șase ani. Conform unei legende a familiei, tatăl l-a dus pe fiu la fabrică de la o vârstă fragedă (după spusele pacientului, înainte de patru ani), i-a explicat detaliile legate de afacerea sa și chiar i-a cerut — privind în retrospectivă, probabil jucăuș — sfaturi privind diverse aspecte ale afacerii, așa cum a făcut și mai târziu, dar mai serios, în Statele Unite, când pacientul era deja adolescent. Brusc armatele germane cuceresc țara și relația lor apropiată este întreruptă. La început tatăl era plecat mult timp, încercând să aranjeze transferul afacerii într-o altă țară (din estul Europei). Apoi, când pacientul avea șase ani, armata germană a invadat țara, iar familia, care era de origine evreiască, a fugit. Deși inițial tatăl a reacționat cu neajutorare și panică, apoi a reușit să își restabilească afacerea, chiar dacă la o scară mult mai redusă. Dar și țara în care fugiseră a fost invadată de germani (pacientul avea opt ani atunci) și, în consecință, totul a fost pierdut din nou și au fost nevoiți să fugă iarăși.

Amintirile pacientului s-au concentrat pe începutul perioadei de latență, ca fiind perioada crucială când a apărut deficitul structural (vezi remarcile de mai devreme legate de importanța începutului perioadei de latență în contextul „vulnerabilității noilor structuri“, în special a Supraeului recent stabilizat). Totuși, nu e nicio îndoială că evenimentele mai târzii (eșecurile tatălui din Statele Unite) au agravat rana. Similar, experiențele timpurii ale copilului — care e supus schimbărilor de dispoziție extreme, bruște și imprevizibile ale tatălui din perioadele preoedipiene și oedipiene, și care este expus la lipsa unor răspunsuri empatice din partea mamei — l-au sensibilizat și i-au cauzat o anumită vulnerabilitate. Acestea (în combinație cu un minimum de predispoziție congenitală) explică severitatea și permanența deficitului structural cauzat de evenimentele de la începutul perioadei de latență.

Repet: deși specificul patogen al tulburării se leagă de devalorizarea traumatică a imagoului patern la începutul perioadei de latență, nu există niciun dubiu că traumele ce au avut loc în perioada mai timpurie au pregătit terenul pentru efectul patogen al traumelor de mai târziu. Deși pacientul nu și-a amintit aceste traume timpurii, ele au fost repuse în scenă prin sensibilitatea difuză a pacientului față de analist; mai precis, pacientul era afectat de cele mai mici imperfecțiuni la nivelul capacității abilității analistului de a avea o înțelegere empatică imediată pentru toate formele și nuanțele trăirilor și stărilor lui actuale. Investigarea comportamentului curent al mamei pacientului și a personalității ei

actuale au susţinut concluzia că era o femeie foarte tulburată, care, din calmul şi liniştea aparente (în contrast cu tatăl prea emoţional), trecea brusc la anxietăţi teribile şi la o efervescenţă (schizoidă) de neînţeles atunci când era supusă presiunilor. Deci putem bănui că pacientul a suferit multe dezamăgiri faţă de mama care nu i-a oferit empatia şi puterea omnisciente de care avea nevoie în timpul primului an de viaţă. Astfel, superficialitatea şi impredictibilitatea răspunsurilor materne au dus la insecuritatea generală şi la vulnerabilitatea narcisică a copilului.

De reţinut, deci, că punctul central al deficitului psihic al pacientului avea legătură cu dezamăgirea traumatică faţă de imagoul patern idealizat din faza de început a perioadei de latenţă. Care era natura acestui deficit şi cum poate fi descris în termeni metapsihologici? Sintetizând, deficitul central al personalităţii sale consta în insuficienta idealizare a Supraeului său (o investire insuficientă cu libido idealizant a valorilor, standardelor şi funcţiilor Supraeului) şi, concomitent, rezida într-o investire puternică a imagoului tatălui idealizat (perceput ca ceva extern) din stadiul preoedipian târziu şi din cel oedipian. Deşi rezultatul simptomatic al acestui deficit era destul de limitat, era, totuşi, unul profund. De vreme ce pacientul a suferit în mod predominant dezamăgiri traumatice legate de aspectele investite în plan narcisic ale imagoului patern (puterea idealizată a tatălui), internalizarea transmutativă a obiectului idealizat a avut loc, dar s-a produs o fixaţie la o figură ideală prestructurală (pe care pacientul a tot căutat-o). Supraeul nu a fost suficient valorizat şi astfel nu a reuşit să crească stima de sine a pacientului. Totuşi, pacientul nu s-a simţit deprivat şi de acele aspecte ale imagoului patern ce au avut parte de investiri obiectual-instinctuale. Astfel că Supraeul său a rămas relativ intact cu privire la acele conţinuturi şi aspecte ce au fost construite pe baza dimensiunilor obiectual-libidinale şi obiectual-agresive în relaţia oedipiană cu tatăl. Pacientul poseda valori, ţeluri şi standarde; şi în general, nu era nevoit să recurgă la figuri externe, pentru a le solicita, implicit sau explicit, să îi indice ce fel de conduită era bună sau rea sau către ce ţeluri ar trebui să aspire. La bază, nucleul standardelor şi ţelurilor sale aparţinea fundalului cultural al familiei, transmis lui de către tată. Totuşi, ceea ce lipsea era capacitatea de a simţi mai mult decât un sentiment trecător de satisfacţie când se ridica la nivelul standardelor sale sau îşi atingea scopurile. Era capabil să obţină un sentiment de stimă de sine ridicat doar când se ataşa de figuri puternice şi admirate, tânjind după acceptarea lor şi de a căror susţinere simţea că avea nevoie.

Astfel, în manifestările transferenţiale ale deficitului său structural, părea greu de

mulţumit în legătură cu două cerinţe (afirmate în mod tiranic şi sadic) direcţionate către analistul idealizat: (a) ca analistul să îi împărtăşească valorile, ţelurile şi standardele (şi astfel să le confere o importanţă crescută, prin idealizarea lor); şi (b) şi ca analistul să confirme, prin participare şi expresii de căldură sufletească, faptul că pacientul s-a ridicat la nivelul valorilor şi standardelor sale şi că a avut succes cu privire la îndeplinirea finalităţilor propuse. Fără exprimarea înţelegerii empatice a acestor nevoi, propriile valorile şi ţeluri îi păreau pacientului banale şi nemotivante, iar succesele sale păreau lipsite de importanţă şi îl făceau să se simtă deprimat şi golit (în acest context, confirmarea verbală părea să fie suficientă; reacţiile „simulate“, cum ar fi lauda directă, nu erau nici solicitate, şi nici nu ar fi fost acceptabile pentru acest pacient).

Acum, că am descris principalul deficit psihic al pacientului şi consecinţele lui, pot merge către trei zone separate şi subsidiare psihopatologiei pacientului. Aceste zone sunt interconectate atât cu deficitul central, cât şi între ele: (1) vulnerabilitatea narcisică difuză; (2) suprainvestirea Sinelui grandios ce s-a produs în principal ca reacţie la dezamăgirile cu privire la imagoul părintelui idealizat; şi (3) tendinţa de a sexualiza constelaţiile investite narcisic.

1. Manifestările vulnerabilităţii narcisice difuze a pacientului erau nespecifice; iar reconstrucţiile explicative relevante ce pot fi indicate sunt mai degrabă speculative şi provizorii, în comparaţie cu ipotezele prezentate pentru explicarea celorlalte aspecte ale tulburării sale narcisice. Pacientul era extraordinar de susceptibil nu doar cu privire la desconsiderări — fie că erau personale şi intenţionate sau impersonale şi accidentale —, dar şi la anumite accidente cauzate de circumstanţe externe. La acestea din urmă avea mereu tendinţa să reacţioneze ca şi cum ar fi fost vizat la modul personal (intenţionat) de o lume percepută într-un mod animist. Generalitatea şi modul difuz al principalului deficit psihic şi modul arhaic în care percepea lumea căreia aparţinea indicau sursa tulburărilor — este vorba despre relaţia timpurie a pacientului cu mama sa. Şi, aşa cum am indicat, evaluarea personalităţii mamei sale sprijină afirmaţia că originea vulnerabilităţii narcisice difuze avea legătură cu perturbarea de personalitate a mamei sale, în special cu impredictibilitatea şi lipsa de fiabilitate a răspunsurilor ei empatice din timpul copilăriei timpurii.

În general, precursorul idealizării imagoului arhaic parental şi al grandiozităţii Sinelui arhaic îl reprezintă experienţa unui echilibru primar narcisic netulburat — este vorba despre o stare psihică a cărei „perfecţiune“ precede chiar şi cea mai rudimentară diferenţiere a categoriilor de perfecţiune de mai târziu (anume, perfecţiunea în câmpul puterii, al cunoaşterii, al frumuseţii şi al moralităţii). Receptivitatea mamei faţă de nevoile copilului previne întârzierile traumatice în cazurile în care echilibrul narcisic a fost perturbat şi trebuie restabilit. Şi dacă neajunsurile răspunsurilor materne sunt tolerabile, copilul va modifica treptat încrederea originară, nemărginită şi oarbă cu privire la perfecţiunea absolută a acestui echilibru al narcisismului. Spus în termeni metapsihologici: cu fiecare eşec empatic minor al mamei, cu fiecare neînţelegere şi amânare, copilul îşi retrage libidoul narcisic dinspre imagoul arhaic al perfecţiunii necondiţionate (narcisism primar) şi dobândeşte, în loc, un fragment de structură psihică internă ce preia funcţiile mamei de a menţine echilibrul narcisic — şi aici ne referim, de pildă, la activităţile de bază ale mamei de a linişti şi calma, şi de a furniza căldură fizică[24] şi emoţională, dar şi alte tipuri de susţinere narcisică. Astfel, aşa cum este adevărat şi pentru mediul analog de mai târziu al copilului, cel mai important aspect al relaţiei celei mai timpurii dintre mamă şi copil îl reprezintă frustrarea optimă. Dezamăgirile tolerabile la nivelul echilibrului narcisic primar preexistent (şi susţinut din exterior) conduc la stabilirea structurilor interne ce furnizează capacitatea de autoliniştire şi la achiziţia unei capacităţi de a tolera tensiunea din câmpul narcisic.

Dacă însă răspunsurile mamei sunt extrem de nefiabile şi de lipsite de empatie, atunci retragerea treptată a investirii dinspre imagoul arhaic al perfecţiunii necondiţionate este tulburată, iar internalizarea transmutativă nu mai are loc. Caz în care psihicul continuă să se agaţe de o imagine vag delimitată a unei perfecţiuni absolute şi nu-şi mai dezvoltă diferitele funcţii interne ce restabilesc, secundar, echilibrul narcisic şi astfel rămâne relativ lipsit de apărare cu privire la efectele rănilor narcisice. (Această reechilibrare secundară a narcisismului are loc fie (a) direct, prin autoliniştire, adică prin mobilizarea investirilor narcisice disponibile; fie (b) indirect, prin apelul, într-un mod adecvat, la părintele idealizat.) Desigur, manifestările comportamentale ale acestei stări de dezechilibru diferă, depinzând, printre alţi factori, de extinderea şi severitatea receptivităţii deficitare a mamei. Cu toate acestea, în general, se poate spune că aceste manifestări consistă într-o hipersensibilitate la perturbările echilibrului narcisic, cu tendinţa de a reacţiona la sursele perturbatoare printr-o retragere masivă şi furie neiertătoare.

Se pot face două afirmații generale legate de geneza vulnerabilităților și fixațiilor narcisice.

(i) Interacțiunea dintre înclinațiile psihice moștenite și personalitatea părinților (în special a mamei) are o importanță mult mai mare decât interacțiunea dintre factorii ereditari și evenimentele traumatice majore (cum ar fi absența sau moartea unui părinte). Lucrurile se schimbă doar dacă factorii externi majori și tulburările de personalitate ale părinților sunt interconectate (ca de exemplu, când are loc un divorț al părinților, când absența părintelui este cauzată de o boală mentală sau când pierderea unuia dintre părinți a survenit în urma suicidului).

(ii) Elementele patogene cele mai specifice ale personalităților părinților vor fi prezente în propriile fixații narcisice ale copilului. Mai precis, în intervalul celor mai timpurii faze, (a) absorbirea de sine a mamei poate duce la o proiecție a stărilor și tensiunilor ei în copil și astfel la o empatie greșită; (b) mama poate să exagereze unele răspunsuri (în mod ipohondru) la anumite stări și tensiuni ale copilului ce corespund propriilor ei stări tensionate și preocupări narcisice; (c) ea poate să fie lipsită de reacții la stările și tensiunile exprimate de copil atunci când preocupările ei nu sunt în acord cu nevoile copilului. Rezultatul va fi o alternare traumatică de empatie nepotrivită, hiperempatizare și lipsă de empatie. Toate împiedică retragerea treptată a investirilor narcisice și construirea structurilor psihice capabile să regleze tensiunile interne. Astfel, copilul va rămâne fixat la întregul mediu narcisic timpuriu. În consecință, pe de o parte, organizarea narcisică a personalității mamei este responsabilă pentru dobândirea timpurie a fixațiilor și vulnerabilităților copilului. Pe de altă parte, organizarea ei narcisică este responsabilă și pentru faptul că respectivul copil rămâne închistat în mediul narcisic parental mult după perioada care ar fi adecvată pentru o astfel de relaționare. Totuși, mai târziu, personalitatea tatălui poate să aibă o influență decisivă cu privire la severitatea tulburării de personalitate ce va urma: dacă și el este incapabil să răspundă empatic la nevoile copilului, din cauza propriilor fixații narcisice, atunci el va adânci vătămarea. Dacă însă personalitatea lui este una autonomă și este capabil, de exemplu, să se lase idealizat de copil și apoi să îi permită copilului să îi detecteze gradual și realist limitările, fără să se retragă din relația cu copilul, atunci copilul ar putea profita de influența lui sănătoasă și ar putea forma o echipă împotriva mamei, scăpând deci relativ nevătămat.

Acum că am prezentat aceste considerații generale, mă întorc la cazul dlui A. Mediul timpuriu furnizat de personalitatea patologică a mamei a constituit terenul fertil ce a dus la vulnerabilitatea sa narcisică difuză. Totodată, aceasta a contribuit în două feluri la geneza acelor aspecte ale psihopatologiei pacientului din câmpul narcisic care au fost dobândite mai târziu în copilărie: (a) prin formarea unor fixații narcisice timpurii, reziliența copilului la perturbările narcisice a fost diminuată și a ajuns să răspundă traumelor narcisice din perioadele de mai târziu prin dezvoltarea altor fixații, și nu prin construirea unor structuri psihice reglatoare de tensiune; (b) dezamăgirea timpurie și continuă cu privire la perfecțiunea mamei a condus la incapacitatea copilului de a îndrepta către ea suficiente investiri narcisice idealizante. În consecință, imagoul patern a devenit hiperidealizat, iar vicisitudinile imagoului tatălui idealizat au avut, astfel, un impact mult mai traumatic asupra psihicului copilului decât dacă situația ar fi fost alta.

2. Continuând evaluarea zonelor subsidiare ale psihopatologiei pacientului, mă îndrept acum înspre examinarea înclinațiilor sale către o suprainvestire a Sinelui grandios, ca răspuns la dezamăgirile (sau respingerile) legate de analistul idealizat sau, indirect, ca răspuns la figurile idealizate din afara transferului clinic.

Oscilațiile între activarea în terapie a imagoului părintelui idealizat (transfer idealizant) și suprainvestirea Sinelui grandios reprezintă printre cele mai comune fenomene din analiza personalităților narcisice. Manifestările clinice frecvente în această situație sunt: răceală față de analistul idealizat anterior; tendința către „primitivizarea“ gândirii și a vorbirii (variind de la exprimarea afectată până la folosirea masivă a neologismelor); și atitudini de superioritate, cu o tendință crescută către jenă și rușine, către preocupări hipocondriace. Aceste schimbări simptomatice și comportamentale atestă faptul că suprainvestirea reactivă a Sinelui grandios se referă mai degrabă la stadiile primitive ale acestei configurații psihice, ceea ce ține de natura regresivă a mișcărilor defensive. Acestea sunt în contrast cu reactivarea coezivă din terapie a unor stadii mai mature ale Sinelui grandios ce este întâlnită în majoritatea cazurilor de transfer-

oglindă primar[25] (vezi capitolul 6).

În analiza dlui A, oscilațiile reactive către suprainvestirea Sinelui grandios au avut loc destul de des. Au fost caracterizate de manifestări ale acestei grandiozități (precum tranzacții nerealiste la bursa de valori sau proiecte de cercetare nerealiste), acompaniate de răceală emoțională, discurs manierist (în special, folosirea afectată a unor cuvinte izolate, din spaniolă, pe care le învățase la vârsta de nouă ani) și preocupări hipocondriace. Totuși, au fost perioade când suprainvestirea Sinelui grandios nu a fost doar un rezultat efemer al unei reacții defensive. În diferite perioade, în special în timpul primilor ani din lunga sa analiză, tendințele sale grandios-exhibiționiste au fost într-adevăr utilizate, non-reactiv, pentru formarea unui transfer-oglindă mai mult sau mai puțin stabil. Suprainvestirea reactivă, cât și cea primară a Sinelui grandios au fost predominant legate de puncte de fixații oedipiene timpurii. În mod special, de acele conjuncturi când tatăl a plecat brusc și copilul a avut pentru o vreme fantasma că el rămăsese cocoșul în casă. Totuși, a trebuit să renunțe brusc la aceste fantasme, având în vedere atmosfera de anxietate generală legată de situația precară a lumii ce nu permitea elaborarea lor jucăușă, la nivel conștient sau preconștient, cu sprijinul și cooperarea unor adulți prietenoși. Astfel de elaborări jucăușe pot deveni în multe situații precursoarele sublimărilor[26] de succes de mai târziu.

Suprainvestirea Sinelui grandios a jucat un rol semnificativ nu doar la începutul analizei, dar și în timpul perioadelor mai târzii, într-un context specific. După câțiva ani de analiză, când funcționarea pacientului s-a îmbunătățit, când stima sa de sine a crescut și când capacitatea sa de a reacționa adecvat la succese și eșecuri a devenit mai stabilă, el avea destul de des și pentru perioade prelungite un sentiment de irealitate cu privire la el și la viața lui. Acest sentiment nu putea fi explicat doar prin noutatea schimbărilor. Doar atunci când și-a reamintit vechile fantasme că ar fi un adult (când de fapt era un copil) și doar când a înțeles cum acestea au influențat capacitatea sa de a se accepta efectiv ca adult — doar atunci sentimentul de magic și ireal a început să se retragă din trăirile vieții sale prezente și mai împlinite.

3. Evaluarea metapsihologică a tulburării psihice a pacientului va fi acum rezumată printr-o discuție legată de a treia zonă subsidiară psihopatologiei:

tendința sa către sexualizarea constelațiilor narcisice patologice.

Tema relației dintre perversiuni (dar și adicții și acte delincvente) și tulburările de personalitate narcisică merită o atenție mai sporită față de ce pot oferi eu în acest studiu. Este adevărat că sindroamele manifeste ale activităților perverse (și ale celor înrudite) pot domina personalitatea până în punctul în care copleșesc Eul profund și, în mod secundar, conduc la regresii cuprinzătoare. În astfel de situații, tulburarea narcisică ce a ocupat poziția centrală și primară în țesătura psihopatologiei ajunge să fie aproape acoperită și ascunsă vederii. Cu toate acestea, impresia mea este că tulburările specifice circumscrise câmpului narcisic reprezintă de obicei nucleul unor astfel de tulburări atât de răspândite. Cazul dlui A, a cărui simptomatologie perversă era relativ ușoară, se pretează destul de bine pentru a demonstra relația dintre (a) tulburarea narcisică primară propriu-zisă; (b) un deficit timpuriu al Eului corelat cu acea tulburare; și (c) sexualizarea tulburării narcisice.

Tendințele homosexuale ale dlui A. nu au exercitat un efect major asupra Eului și nici nu au dus la o regresie pulsională difuză. Totuși, așa cum am menționat inițial, preocupările homosexuale au fost cele ce l-au făcut pe pacient să vină în analiză (sau, cel puțin, au fost un punct central pentru motivația sa). Nu s-a angajat niciodată în activități homosexuale și — exceptând niște lupte jucăușe cu tentă sexuală din adolescență și achiziționarea unor reviste de „cultură fizică“ ce conțineau fotografii cu bărbați atletici — preocupările sale homosexuale erau consumate doar în fantezii, cu sau fără masturbare. Obiectele din fanteziile sale homosexuale erau mereu bărbați ce întruchipau multă forță fizică și un corp perfect. Propria sa activitate fantasmatică rezida în a menține un control absolut și cvasi-sadic asupra acestor bărbați. În fanteziile sale, manipula situațiile în așa fel încât, chiar și atunci când el era slab, era capabil să îl facă pe bărbatul puternic să devină sclav și neajutorat. Ocazional, ajungea la orgasm și la un sentiment de triumf și putere la gândul masturbării unui bărbat puternic și perfect din punct de vedere fizic, ceea ce îi secătuia puterea.

Din punct de vedere clinic, fanteziile homosexuale s-au diminuat cu mult înainte de îmbunătățirea manifestă a altor aspecte din psihopatologia pacientului; fanteziile reveneau doar în perioade de stres. În consecință, ele au fost înlocuite cu amintirea ocazională a unor fantezii ce își pierduseră conotația lor sexuală; erau numite de către pacient „frici“ homosexuale, căci le percepea în contextul unei neliniști că acestea se vor întoarce să îl invadeze. Până la urmă, chiar și aceste „frici“ au dispărut aproape complet.

Sexualizarea deficitelor pacientului a fost cauzată de o slăbiciune moderată a structurii psihice de bază cauzată de alterarea capacităţii sale de neutralizare. Şi de vreme ce structurile neutralizatoare de bază ale psihicului sunt dobândite în perioada preoedipiană, înseamnă că deficitul legat de neutralizare trebuie să fi fost deja prezent când trauma principală (pierderea traumatică a imagoului parental idealizat) a avut loc la începutul perioadei de latenţă. Insuficienţa neutralizării a avut ca rezultat sexualizarea relației pacientului cu obiectele sale investite narcisic din aceste sectoare: (a) sexualizarea imagoului idealizat (oedipian) al tatălui (la care a rămas fixat şi de care avea nevoie, pentru că îi lipsea un Supraeu idealizat bine stabilizat); (b) sexualizarea imaginii-oglindă a Sinelui său grandios suprainvestit (la care a rămas fixat şi de care avea nevoie pentru că îi lipsea o imagine a sinelui care să fie investită (pre)conştient şi într-un mod sigur; şi (c) sexualizarea nevoii sale pentru valori idealizate şi o stimă de sine pe care să se poată baza, cât şi a procesului psihic (internalizare) prin care sunt dobândite idealurile şi stima de sine.

Astfel, fanteziile homosexuale ale pacientului pot fi înţelese ca nişte descrieri sexualizate ale tulburării lui narcisice, analoage cu descrierile teoretice ale analistului. Desigur, fanteziile sunt în opoziţie cu insightul revelator şi cu progresul în terapie, deoarece fanteziile erau în serviciul obţinerii plăcerii şi ofereau o cale de scăpare de la tensiunile narcisice. A trebuit mai întâi ca dl A. să obţină un grad de toleranţă a tensiunii, înainte ca el să asimileze ceea ce descoperea despre el. Având în vedere faptul că sexualizarea tensiunilor sale narcisice nu era înrădăcinată foarte adânc şi că manifestările acesteia l-au făcut să fie şi mai conştient de prezenţa psihopatologiei pentru care necesita tratament (mult mai mult decât celelalte aspecte ale tulburării narcisice, ce puteau fi contestate mai uşor), interpretarea directă a semnificaţiei fanteziilor sexuale a fost profitabilă. De fapt, astfel de interpretări erau deseori foarte folositoare — în mod special, în retrospectivă, după ce fanteziile homosexuale dispăruseră în mare parte —, pentru a sprijini insighturi obţinute din investigarea altor aspecte ale funcţionării psihice perturbate.

Astfel, pot fi trase câteva paralele din perioadele mai târzii din analiză: (i) cea dintre (a) cererea lui insistentă pentru aprecierea valorilor şi scopurilor sale de către diverse figuri paterne (incluzând în mod special analistul) şi (b) fanteziile lui precedente privind înfiripareа unor relaţii romantice cu bărbaţi puternici din punct de vedere fizic; şi (ii) cea dintre (a) grandoarea sa reactivă, aroganţa şi superioritatea sa şi (b) atitudinea şi comportamentul princiar al unora dintre tinerii bărbaţi ce au fost odată sursa excitării sexuale. (iii) Referirile la experienţa

orgastică de a obţine putere prin extragerea ei din imagouri fantasmate de perfecţiune externă — fanteziile de a subjuga bărbaţi puternici şi frumoşi şi, prin masturbarea lor, de a le secătui forţa — pot fi interpretate, în retrospectivă, ca nişte descrieri sexualizate privind natura deficitului său psihic şi ale funcţiilor psihice ce trebuiau să fie dobândite. Suferind de absenţa unui sistem ferm de valori idealizate, ce reprezintă una dintre sursele importante ale reglării interne a stimei de sine, el a înlocuit, în fanteziile sale sexuale, idealul intern cu precursorul său extern sexualizat, un bărbat atletic puternic. Iar consolidarea stimei de sine, ce este percepută ca ridicarea la nivelul propriilor standarde şi valori idealizate, a fost înlocuită cu sentimentul de triumf sexualizat. Acest fapt se întâmpla când pacientul fura de la idealul extern puterea şi perfecţiunea acestuia şi astfel, în fantezia sa, obţinea el însuşi aceste calităţi şi reuşea să aibă pentru o vreme un sentiment de echilibru narcisic[27].

Totuşi, trebuie subliniat faptul că, în general, interpretarea directă a conţinutului fanteziilor sexuale nu reprezintă o abordare optimă în analiza unor astfel de cazuri. Mai întâi, ar trebui demonstrat unor astfel de pacienţi că sexualizarea deficitelor şi nevoilor lor serveşte unei funcţii psiho-economice specifice, anume e un mod de a descărca nişte tensiuni narcisice intense. Chiar şi utilizarea retrospectivă a conţinuturilor fanteziilor sexuale în sprijinul insighturilor obţinute din investigarea materialului nesexualizat trebuie să fie abordată cu tact şi precauţie. Deoarece pacientul, care tocmai a depăşit un obicei ce îl făcea să scape de tensiuni (şi care seamănă cu o adicţie), poate să resimtă că analistul stârneşte acum vechi tentaţii, prin evocarea precedentei sexualizări a conflictelor sale.

Nu se poate stabili o regulă exactă în această arie. Abilitatea şi experienţa analistului empatic vor trebui să îl ghideze în a decide următoarele două alternative: (1) Ar putea să evite încărcarea pacientului cu o povară în plus, mai ales că acesta tocmai a reuşit să fie capabil să se abţină de la sexualizarea deficitelor şi nevoilor sale şi a început să se apropie de modalităţi noi şi mai sigure de atingere a unui echilibru narcisic prin insighturi nesexualizate şi prin consolidarea structurii psihice. (2) Terapeutul ar putea considera că s-a obţinut un echilibru mai stabil care ar permite lărgirea insighturilor, printr-o analiză retrospectivă care să includă manifestările sexuale precedente ale tulburării sale de personalitate. Tendinţa către o escapadă regresivă către nişte plăceri sexuale perverse este pusă deci într-un context mai inteligibil, ceea ce creşte controlul pacientului asupra tendinţelor sale regresive.

Cu anumite limite, capacitatea de a regla temperatura pielii şi de a menţine sentimentul de căldură pare să fie dobândită în acest mod. Indivizii cu tulburări narcisice tind să nu fie capabili să simtă caldura sau să îşi ţină de cald. Ei se bazează pe ceilalţi să le ofere nu doar căldură emoţională, dar şi fizică. Pielea lor tinde să fie slab vascularizată şi sunt deosebit de sensibili la temperaturile scăzute (la „curentul de aer“). Chiar şi persoanele care nu au o vulnerabilitate narcisică excesivă tind ca, după ce un răspuns de ruşinare (de mobilizare bruscă a investirilor exhibiţioniste dezorganizate) se mai domoleşte, să reacţioneze la rănirile narcisice prin vasoconstricţia pielii şi a membranelor mucoase şi astfel sunt mai susceptibili la infecţii, în special la molipsirea cu răceli obişnuite.

Pentru o altă ilustrare de caz a suprainvestirii reactive a Sinelui grandios arhaic, vezi episodul din analiza pacientului G. descris în capitolul 4.

Pentru un exemplu de caz aparent benefic de cooperare adultă la o fantasmă de grandoare a unui copil, vezi Eissler (1936, pp. 73 şi urm.)

Putem presupune în acest punct prezenţa unei fantasme inconştiente de felaţie, în care înghiţirea spermei magice reprezintă eşecul internalizării şi a formării unei structuri psihice interne. Această fantasmă nu a ieşit însă niciodată în conştient, ceea ce trebuie corelat cu faptul că stăpânirea activă (sadică) şi controlul tindeau să domine asupra soluţiilor psihice pasive (masochiste), chiar şi când pacientul se afla sub o presiune emoţională puternică.

Capitolul 4. Aspecte clinice și terapeutice ale transferului idealizant

Transferul idealizant se deosebește de formele mature ale idealizării

Așa cum am văzut, transferul idealizant joacă un rol de pivot în terapia psihanalitică a anumitor tulburări narcisice şi ocupă un loc esenţial pentru perioade prelungite de analiză a numeroaselor personalităţi narcisice — sau cel puțin în timpul unor faze cruciale. Este important să înțelegem diferența esențială dintre idealizările ce au loc în analiza personalităților narcisice (anume transferul idealizant în sensul restrâns al termenului) şi idealizările ce sunt întâlnite în mod obișnuit în analiza nevrozelor de transfer.

Idealizările din cadrul tulburărilor narcisice pot deriva fie din activarea unor stadii arhaice şi tranziționale, fie din activarea unor stadii relativ mai mature din dezvoltarea imagoului părintelui idealizat. Totuși, fixația patogenă specifică apare întotdeauna înaintea finalizării procesului de internalizare transmutativă a imagoului părintelui idealizat. Anume, înaintea momentului în care formarea unui Supraeu idealizat a devenit ireversibilă. Pe de altă parte, idealizările întâlnite în nevrozele de transfer derivă din structurile psihice ce au fost dobândite la sfârşitul perioadei oedipiene şi în timpul unor stadii mai târzii ale dezvoltării psihice.

În nevrozele de transfer apar două forme de idealizare. Așa cum a fost deja indicat, (a) în una dintre ele idealizarea apare ca un adaos la obiectul iubit (indiferent de tipul acestuia) ce a fost activat în transfer — este similară idealizărilor ce acompaniază în mod caracteristic starea de a fi îndrăgostit; (b) în cealaltă formă, apare ca rezultat al proiecţiei Supraeului idealizat al analizandului în analist. Deşi idealizările ce apar în nevrozele de transfer par asemănătoare idealizărilor ce apar în analizele tulburărilor narcisice, în general,

ele nu sunt greu de diferenţiat şi nici de recunoscut din punct de vedere clinic. O înţelegere teoretică a diferitelor poziţii din dezvoltare ale celor două tipuri de idealizare facilitează recunoaşterea diferenţierii fenomenologice a trăsăturilor caracteristice care altfel ar scăpa observatorului.

Mai întâi permiteţi să menţionez că, în ciuda apariţiei sale răspândite înăuntrul şi în afara psihanalizei şi deci a importanţei semnificative în planul practic, în contextul prezent voi renunţa la o discuţie legată de utilizarea defensivă a idealizării. Este vorba despre acele (supra)idealizări care (emanând din atitudini temporare ale Eului sau din poziţionări caracterologice constante) subîntind refulările secundare, formaţiunile reacţionale sau negările legate de ostilitatea din straturile mai adânci. De vreme ce acest tip de idealizări sunt subordonate atitudinilor ostile, răspunsul la întrebarea privind natura lor narcisică sau obiectual-instinctuală depinde de evaluarea noastră a constelaţiilor ostile supraordonate. Totuşi, aceste probleme nu aparţin contextului distincţiei dintre idealizarea narcisică şi idealizarea amestecată cu obiectul iubit, ci ţin de relaţia dintre narcisism şi ostilitate. Aşadar aceste probleme trebuie considerate în raport cu furia narcisică.

Pe de altă parte, componenta idealizantă a obiectului iubit este subordonată investirii dominante a obiectului libidinal cu care este amestecat. Obiectul (în transfer: imagoul infantil oedipian incestuos) asupra căruia este centrată idealizarea este clar diferenţiat de Sine, anume este recunoscut ca un centru de iniţiativă — de percepţie, de gândire şi de acţiune independentă. Astfel, interacţiunile transferenţiale (fantasmate) cu obiectul conţin elemente de mutualitate (de exemplu, fantasme de a da sau de a primi un copil), iar reacţiile la dezamăgirile privind obiectul sunt exprimate cu furie şi dorinţe intensificate ce sunt direcţionate către obiectul ce respinge.

Supravalorizarea obiectului de care suntem îndrăgostiţi reprezintă într-adevăr o funcţie a libidoului narcisic ce este amestecată cu investirea obiectuală (proces analog cu idealizarea Supraeului, care explică şi poziţia impunătoare a conţinuturilor şi funcţiilor acestei structuri). Spre deosebire de libidoul narcisic ce este mobilizat în transferul idealizant, componenta narcisică a stării normale de a fi îndrăgostit (şi a anumitor faze din transferul pozitiv) nu se detaşează de investirile obiectuale, ci rămâne subordonată lor. În acelaşi timp, această componentă narcisică nu pierde contactul cu trăsăturile realiste ale obiectului — cu excepţia unor situaţii în care obiectul este supraestimat într-un mod nerealist (dar totuşi moderat). Sunt şi situaţii în care tensiunile idealizante ale celui

îndrăgostit devin atât de mari, încât nu pot fi absorbite de investirile obiectuale. În astfel de cazuri, tensiunile idealizante pot găsi o supapă de eliberare mai sigură ce poate alimenta un puseu de activitate creativă — chiar dacă un talent poetic adecvat nu este la îndemâna fiecărui îndrăgostit care se crede poet. Totuși, și aici, iubitul nu pierde contactul cu realitatea (cu excepția unei supravalorizări nerealiste, dar moderate a obiectului iubit), în ciuda faptului că activitatea sa creativă este hrănită de libidoul narcisic idealizant. De exemplu, spre deosebire de caracteristicile nerealiste ale trăirilor de îndrăgostire ale adolescenților schizofrenici (ale căror producții artistice bizare și percepții distorsionate ale obiectului iubit reprezintă primul semn evident al bolii lor psihice), poemele iubitului normal continuă să preamărească aspecte și caracteristici reale ale iubitei.

Merită să punctez aici faptul că poziția clinică a transferului idealizant este diferită de rolul pe care îl joacă în procesul terapeutic idealizările întâlnite în nevrozele de transfer. În mod special, nu trebuie să confundăm (a) rolul specific, esențial și strategic al idealizării analistului în transferul idealizant venit dinspre personalitățile narcisice cu (b) rolul ubicuu, auxiliar și doar tactic al idealizării analistului din analiza nevrozelor de transfer. În anumite perioade ale analizei nevrozelor de transfer, pacientul chiar colaborează cu analistul în baza unei idealizări și acceptări temporare a analistului idealizat ce ține locul propriului Supraeu. O astfel de identificare temporară și centrală face parte din „transferul pozitiv“ (Freud, 1912/2010) și aparține „ariei de cooperare dintre analist și pacient“ (E. Kris, 1951), fiind, așadar, o identificare importantă pentru tratament. Nu avem nicio îndoială cu privire la importanța majoră a acestor idealizări și identificări. Doar cu ajutorul lor pot fi întreprinși mulți pași inițiali către explorarea internă. Dacă aceste idealizări nu s-ar produce, atunci pașii respectivi ar fi inhibați de Supraeul arhaic al pacientului (vezi, de exemplu, Nunberg, 1937, p. 172). Utilizarea tactică (la nivel de tehnică) a legăturii cu terapeutul-lider-hipnotizator în formarea „grupului“ terapeutic à deux pe baza acceptării analistului-lider ca Ideal psihanalitic al Eului este totuși un fenomen nespecific (Freud, 1921/2010). Oricum, această legătură asigură o forță psihică motivantă care poate fi de ajutor pacientului în timpul perioadelor stresante ale analizei. Iar această forță e cel puțin la fel de eficientă și în celelalte forme de psihoterapie, incluzând și orientările ale căror scopuri sunt complet în contradicție cu cele ale psihanalizei. În consecință, această idealizare auxiliară a terapeutului trebuie diferențiată de transferul idealizant ce este pus în mișcare și menținut de mobilizarea imagoului părintelui idealizat. Manifestările acestei configurații ce este reactivată în procesul analitic nu sunt doar niște auxiliare în raport cu

procesul psihanalitic. Ele însele constituie centrul structurilor patogene activate în terapie şi, în consecinţă, reprezintă esenţa travaliului analitic din analiza personalităţilor narcisice.

Câteva cuvinte despre bine-cunoscutele idealizări ale analistului ce apar în urma proiecţiilor Supraeului vor fi suficiente. Trăsăturile caracteristice acestei idealizări sunt derivate din faptul că înţelepciunea şi puterea pe care analizandul le atribuie terapeutului idealizat se aseamănă cu sistemul idealizat al standardelor şi valorilor dinspre care provine proiecţia. Aceste proiecţii transferenţiale sunt temporare şi nu constituie centrul unei constelaţii terapeutice de bază ca în cazul transferului idealizant. Ele apar în conjuncturi specifice din analiza nevrozelor de transfer, anume în acele momente când un conflict inconştient dintre Supraeu şi Eu începe să fie mobilizat şi când analizandul percepe directivele Supraeului său idealizat ca venind din afară, mai specific, ca venind de la analist. (Acest ultim fapt se petrece ca o mişcare defensivă sau ca un prim pas către acceptarea conştientă a prezenţei unui conflict.) În acest context, analistul tinde să fie văzut în mod predominant ca o figură ideală într-o lume a standardelor şi valorilor, iar pacientul va reacţiona în general la respingerile analistului simţindu-se vinovat şi lipsit de demnitate.

Variante ale transferului idealizant

Variantele transferului idealizant cele mai uşor de recunoscut (precum transferul prevalent în cazul dlui A.) sunt înrudite genetic cu perturbările din stadiile târzii ale dezvoltării imagoului părintelui idealizat. Acestea au loc înainte, în timpul sau imediat după momentul în care este introiectat în mod normal imagoul părintelui idealizat, iar libidoul idealizant este folosit în idealizarea Supraeului. Dacă aceste procese normale de dezinvestire graduală (sau masivă, dar potrivită fazei dezvoltaţionale) a imagoului părintelui idealizat sunt sever afectate sau blocate, atunci imagoul părintelui idealizat este reţinut şi ajunge să fie refulat sau inaccesibil[28] influenţelor Eului-realitate, ceea ce va duce tot la retragerea investirii idealizante. Astfel, internalizarea transmutativă graduală (sau masivă, dar potrivită fazei) va fi împiedicată.

Aşa cum a fost de obicei constatat, trauma genetică esenţială vine din

psihopatologia părinților. În mod particular, din propriile fixații narcisice ale părinților. Psihopatologia și nevoile narcisice ale părinților contribuie în mod decisiv la prelungirea stagnării și blocării copilului în țesătura narcisică a personalităților părinților. Această stagnare poate dura până când, de exemplu, se produce o retragere bruscă a unui părinte sau are loc recunoașterea disperată și bruscă a copilului cu privire la cât de în urmă a rămas dezvoltarea lui emoțională. Aceste fenomene îl confruntă pe copil cu dificila sarcină de a realiza întreaga internalizare transmutativă a unei relații narcisice cronice din care a încercat fără succes să se retragă. Ocazional, un eveniment dramatic extern pare să fie cauza principală a unei perturbări relevante din copilărie. Un astfel de eveniment extern poate fi reprezentat fie de moartea unui părinte, fie de absența prelungită a acestuia, fie de îmbolnăvirea unui părinte, fie de neajutorarea acestuia, fie de o boală severă a copilului, toate demonstrând puterea limitată a părinților. Dar aceste evenimente nu sunt suficiente pentru a explica fixațiile patologice ce vor urma. Ele reprezintă ultima legătură clară dintr-un lanț de antecedente psihice imperceptibile, dar decisive. Trebuie înțelese în contextul personalității părinților și al întregii istorii relaționale care a precedat evenimentul devenit sămânța în jurul căreia s-a cristalizat psihopatologia copilului. Complexitatea interacțiunii patologice dintre părinte și copil, dar și variantele nelimitate ale formei sale sfidează încercarea unei descrieri cuprinzătoare. Cu toate acestea, într-o analiză bine realizată, tiparul crucial va reieși deseori cu o claritate majoră. Iar înțelegerea sa detaliată constituie un pas important, uneori chiar decisiv, pentru analizand în gestionarea progresivă a fricilor sale atunci când tiparele aparent fixate narcisic sunt slăbite.

De exemplu, domnul B., a cărui analiză a fost condusă de o colegă ce se consulta regulat cu mine, a stabilit un transfer narcisic specific în care se simțea fuzionat cu analista idealizată. Atenția terapeutei a contracarat în mod eficient tendința către fragmentare și discontinuitate din percepția de sine a pacientului, întărindu-i stima de sine și îmbunătățind, ca efect secundar, funcționarea și eficiența Eului. Atunci când apărea câte o întrerupere iminentă a acestei desfășurări benefice a investirilor narcisice prilejuite de relația sa cu analista, pacientul reacționa la început cu multă teamă, urmată de o dezinvestire narcisică a analistei (acompaniată de o furie oral-sadică intensă). Acest lucru amenința serios coezivitatea personalității sale. Apoi a început să reacționeze la aceste întreruperi cu o hiperinvestire tipic reactivă a unei forme primitive a Sinelui grandios, cu un comportament rece și arogant. Dar, în cele din urmă (după ce analista a fost plecată pentru o vreme), pacientul a ajuns la un echilibru relativ stabil la un nivel mai primitiv: se retrăgea în activități solitare intelectuale care îi furnizau un

oarecare simţ al controlului, un sentiment de siguranţă şi autosuficienţă, deşi munca sa era mai puţin creativă decât înainte. Cu propriile lui cuvinte, spuse mai târziu în analiză, el „vâslea singur spre mijlocul lacului, pentru a se uita la lună“. Totuşi, când analista s-a întors şi i se oferea din nou posibilitatea de a restabili relaţia cu obiectul idealizat al Sinelui, el a reacţionat cu aceeaşi teamă şi prin mobilizarea aceleiaşi furii oral-sadice ameninţătoare pe care o trăise când transferul narcisic originar fusese „scos din priză“, ca să folosim propria lui analogie semnificativă.

La început am crezut că reacţia avută la întoarcerea analistei era una nespecifică ce consta din două componente: (a) aspecte ale furiei originare, încă neexprimată şi legată de plecarea analistei, furie care a fost rezervată pentru întoarcerea analistei, şi (b) o furie nespecifică legată de faptul că pacientul a trebuit să renunţe la un echilibru nou găsit care — chiar dacă mai puţin satisfăcător decât cel precedent — îl proteja de traumatizarea cauzată de absenţele şi retragerile analistei. Deşi, până la un punct, aceste explicaţii erau corecte, ele erau incomplete atât timp cât precursorul genetic foarte specific al reacţiilor curente nu a fost luat în calcul. De fapt, pacientul descria, prin reacţiile sale, o serie importantă de evenimente timpurii.

Mama pacientului avusese o relaţie fuzională cu pacientul, pe care l-a supravegheat şi controlat într-un mod foarte stringent. De exemplu, timpul de hrănire cu biberonul şi mai târziu, în copilărie, ora mesei erau determinate de un cronometru mecanic pe care mama îl folosea ca o extensie a nevoii ei de a controla activităţile copilului — ceea ce aminteşte de dispozitivele pe care le folosea tatăl lui Schreber cu copiii lui (vezi Niederland 1959a). Astfel, copilul simţea în mod gradual că nu are o minte a lui şi că mama continua să efectueze funcţiile sale mentale mult după perioada când astfel de activităţi materne efectuate empatic sunt într-adevăr necesare şi potrivite etapei de dezvoltare. Sub impactul recunoaşterii anxioase a acestei relaţii improprii, împins înainte de presiunea legată de maturizare şi încercând să surmonteze teama de a lupta pentru mai multă autonomie, pacientul a ajuns mai târziu în copilărie să se retragă în camera lui, să încuie uşile, să îşi gândească propriile gânduri neinfluenţate de interferenţa ei. Când tocmai începuse să obţină oarece încredere în minimul de funcţionare autonomă, mama sa a instalat o sonerie. Din acest moment, ea îi întrerupea încercările de separare internă faţă de ea oricând el voia să fie singur. Îl chema la ea într-un mod şi mai constrângător decât ar fi făcut-o strigându-l sau ciocănind la uşă (faţă de ultimele modalităţi, el se mai putea opune, pe când dispozitivul mecanic al soneriei era perceput ca fiind înrudit cu o

comunicare endopsihică). Astfel, nu e de mirare că a reacţionat cu furie la revenirea analistei după ce el „a vâslit spre centrul lacului, pentru a se uita la lună“.

Aşa cum am tot subliniat, în majoritatea cazurilor de tulburări de personalitate narcisică (chiar şi în cele mai severe), reacţia copilului la părinte este cea care dă seamă pentru fixaţiile narcisice, şi mai puţin evenimentele foarte traumatice din biografia timpurie. Totuşi, trebuie adăugat că astfel de evenimente din viaţa timpurie a copilului, precum absenţa unui părinte prin moarte, divorţ, spitalizare sau retragerea sa din cauza unei tulburări afective, contribuie la fixaţia narcisică într-un sens negativ (vezi A. Freud şi D. Burlingham, 1942, 1943). Mai precis, copilul este lipsit de şansa de a se elibera din fuziune prin retragerea graduală a investirilor narcisice ce îi sunt necesare pentru internalizarea transmutativă, formatoare de structuri psihice. Perioada ce urmează întreruperii bruşte (printr-un eveniment extern) a fuziunii cronice şi narcisice dintre copil şi părintele patologic este într-adevăr crucială. Aceasta poate determina dacă copilul îşi va reînnoi efortul către progresul maturizării sau dacă fixaţia patogenă va fi înrădăcinată. Absenţa sau pierderea părintelui patologic poate fi o mare eliberare dacă resursele libidinale ale copilului îi permit să meargă înainte. Acest lucru se poate întâmpla mai ales dacă celălalt părinte (sau un substitut parental cu un interes empatic special către copilul ameninţat) acoperă repede fisura şi permite o restabilire temporară a relaţiei narcisice, dar şi o disoluţie graduală a acesteia. Dacă nu este disponibil niciun substitut sau dacă resursele libidinale disponibile ale copilului erau deja prea ferm legate de părintele patologic, atunci indisponibilitatea părintelui contribuie la menţinerea şi întărirea patologiei. Refularea decisivă a imagoului (arhaic) al părintelui idealizat (sau alte forme ale inaccesibilităţii sale, de exemplu prin clivajul „vertical“) are loc odată cu dispariţia externă a părintelui. Fixaţiile la fantasma inconştientă şi (adesea) clivată şi negată a unei figuri parentale idealizate şi omnipotente împiedică internalizarea transmutativă a configuraţiei narcisice, internalizare care ar fi fost adecvată stadiului de maturizare.

O hiperinvestire manifestă prelungită a imagoului părintelui idealizat poate astfel să apară în copilărie când, în timpul unei perioade extinse de separare de părinte, copilul nu este capabil să retragă investirea idealizantă de la acesta (anume, când nu este capabil să îl vadă pe părinte într-o lumină din ce în ce mai realistă) şi să folosească investirile pentru formarea structurilor psihice. Atât timp cât fantasmele sunt (pre)conştiente şi libidoul idealizant rămâne mobil, astfel de situaţii nu indică existenţa unei psihopatologii infantile şi nici nu anunţă o

tulburare mai târzie. Fantasmele despre un tată idealizat ce sunt menţinute de copiii ce au fost deprivaţi de taţii lor în timpul celui de-al Doilea Război Mondial se potrivesc acestui context (vezi A. Freud şi D. Burlingham, 1943, pp. 112 şi urm.). Faptul că un copil înzestrează „fantasma tatălui“ cu trăsături grandioase cred că nu trebuie înţeles în sensul adlerian (2017), anume ca o supracompensare menită să contracareze deprivarea şi să acopere un deficit. Mai degrabă, acest proces ţine de faptul că idealizarea narcisică, aşa cum există ea în mod primar, nu are în astfel de cazuri un obiect real în relaţie cu care să fie trăită acea deziluzionare graduală. Lipsa oportunităţii de a descoperi neajunsurile realiste ale tatălui explică de unde vine continuarea idealizării, de vreme ce dezinvestirea şi formarea concomitentă a structurii interne sunt temporar amânate. Astfel de fantasme, aşa cum s-a spus anterior, pot fi formate, elaborate conştient şi păstrate temporar ca răspuns la o deprivare externă ce necesită o amânare a dezvoltării psihice. Oricum, principiul de fond ce guvernează elaborarea temporar conştientă a hiperinvestirii imagoului părintelui idealizat este acelaşi cu cel ce determină achiziţia fixaţiilor permanente şi a patologiei cronice. Diferenţa decisivă constă în faptul că, în ultima situaţie, imagoul părintelui idealizat (de exemplu, fantasma unui tată omnipotent) ajunge să fie refulat sau clivat. În consecinţă, nu mai poate avea loc nicio modificare a fantasmei (şi nici nu poate fi integrată în Eul-realitate) fără analiză, chiar dacă se oferă un surogat parental major sau dacă părintele se întoarce. Astfel de persoane vor căuta mereu nişte puteri omnipotente externe din al căror sprijin şi aprobare să încerce să-şi extragă forţa. Acest fapt se întâmplă deoarece rămân inconştient fixate la un obiect idealizat al Sinelui la care continuă să tânjească şi pentru că rămân privaţi de un Supraeu suficient de idealizat. Însă, în analiză, aceste porniri duc la idealizarea evidentă a analistului (care uneori apare doar după ce au fost rezolvate rezistenţele împotriva apariţiei transferului). Aceste porniri devin disponibile observaţiei şi îi permit pacientului să retragă investirile narcisice dinspre imagoul refulat al părintelui idealizat. Apoi, aceste procese conduc simultan şi la întărirea structurii de bază a Eului prin care sunt controlate pulsiunile analizandului, dar în special la idealizarea Supraeului său.

Deşi, din motive de simplificare a expunerii, cazurile precedente de transferuri idealizante au fost descrise ca fiind legate de stadii relativ târzii ale dezvoltării imagoului părintelui idealizat. Totuşi, nu se poate face o separare exactă, clară şi ordonată a reactivărilor transferenţiale ale unor forme mai mature faţă de cele ale unor forme mai arhaice ale acestei structuri, fără a impieta asupra complexităţii situaţiei clinice reale. Astfel, deşi, de exemplu, transferul idealizant al dlui A era predominant legat de o formă matură a imagoului tatălui idealizat, anumite

aspecte ale personalității sale (de ex., vulnerabilitatea narcisică difuză a pacientului) erau legate de o nevoie arhaică, preverbală, a unei mame-sân idealizate, omnipotente, perfect receptive. Acest fapt a dus în analiză către anumite aspecte arhaice ale transferului idealizant ce corespundeau unui nivel timpuriu al fixației narcisice. Aspectele majore ale transferului din cazul dlui B erau, de asemenea, o reactivare a unor elemente relativ târzii şi clar diferenţiate ale imagoului idealizat, punctul central al patologiei fiind probabil legat de perioada depresiei materne după moartea gemenilor, imediat după naştere, când pacientul avea trei ani. Totuşi, şi aici existau puncte de fixaţie patogene foarte timpurii şi semnificative ce priveau relația cu mama sa patologică în timpul perioadei preverbale, mama fiind dependentă de barbiturice. Ca observații particulare, în analiză era evident faptul că mama nonempatică a expus copilul la traumatizări severe în sfera tactilă fie prin stimulări insuficiente, fie uneori prin stimulări excesive.

Prin prisma telescopării unor forme de idealizare timpurie către unele mai târzii, voi evita o discuție separată și extinsă despre forma arhaică a transferului idealizant. Această formă se poate manifesta prin exprimarea unor preocupări mistice și religioase față de anumite calități izolate și vagi care inspiră evlavie, dar care nu provin de la o figură admirată unitară și clar delimitată. Deşi manifestările nivelurilor arhaice ale transferului idealizant sunt câteodată mai puțin delimitate (mai ales când se amestecă cu activarea terapeutică a Sinelui grandios), nu încape îndoială că atunci se formează o legătură emoțională specifică în raport cu analistul. Formulat metapsihologic, regresia pusă în mișcare de situația analitică tinde către stabilirea unui echilibru narcisic, ce este perceput ca putere și cunoaștere nemărginite și ca o perfecțiune morală. (Aceste atribute sunt mai mult sau mai puțin nediferențiate în acele cazuri în care regresia terapeutică duce la puncte de fixație foarte timpurii.) Acest echilibru poate fi menținut atât timp cât analizandul poate susține sentimentul că s-a unit cu imaginea analistului idealizat. Odată ce punctul patognomonic al regresiei a fost atins și uniunea cu obiectul idealizat al Sinelui a fost stabilită, pacea narcisică ce derivă conduce la un tablou clinic de îmbunătățire a funcționării. Nu mai există nici amenințarea unei continuări a regresiei narcisice. O formă particulară a acestei amenințări ar fi retragerea către precursori arhaici ai imagoului părintelui idealizat (de exemplu, către o fuziune hipomaniacală care se manifestă câteodată ca o stare de extaz cvasireligios). O altă formă ar fi retragerea către o hiperinvestire a celor mai primitive forme ale Sinelui grandios. În fine, ar mai fi retragerea, chiar și temporară, către unele fragmente (autoerotice) ale Sinelui corporal. În plus, urmează o slăbire a simptomatologiei

prezente anterior, ceea ce este specific pentru tulburările narcisice — şi aici ne referim la depresia vagă şi difuză a pacientului, la perturbarea capacităţii de muncă şi la iritabilitate, dar şi la jena pacientului, la predilecţia lui spre ruşine, spre griji ipohondre şi spre disconforturi fizice nedefinite. Aceste elemente ce reprezintă manifestări ale unei hiperinvestiri instinctuale a formelor arhaice ale Sinelui grandios, cu oscilaţii către Sinele corporal (autoerotic), au tendinţa să se reducă devreme în analiză, deoarece activarea iniţială a obiectului idealizat mobilizează investirile narcisice şi le pune la lucru în transferul idealizant.

Procesul perlaborării și alte probleme clinice ale transferului idealizant

Aşa cum se întâmplă şi în analiza nevrozelor de transfer, dificultăţile clinice majore din jurul transferului pot fi divizate în probleme ce privesc perioada instalării transferului şi probleme ce privesc perioada după ce transferul s-a stabilizat, anume perioada perlaborării.

Nu e nevoie să spunem prea mult despre prima perioadă. Nu de puține ori pacientul își dă seama de conflictele interioare activate de anumite rezistențe ale Eului la regresie. Pot apărea vise anxioase de cădere (par a fi redarea complementară a fantasmelor de zbor), care sunt întâlnite în special la pacienții ce urmează să dezvolte reactivarea Sinelui grandios într-un transfer-oglindă (vezi partea a II-a). Și apar vise de început în care analizandul se vede confruntat cu sarcina de a urca un munte maiestuos și cu înălțimi ameţitoare, uitându-se temător la cărarea abruptă și la suprafața periculoasă în căutarea unui reazem solid sau a unui punct sigur de prindere. Astfel de vise apar în special la pacienții ce urmează să dezvolte un transfer idealizant. Desigur, niciunui analist nu este nevoie să i se spună că visele ce conțin fie spaima de a cădea, fie teama de un munte abrupt pot apărea într-o varietate de situații psihice. Altfel spus, aceste vise pot exprima conflicte ce fac referire la diverse niveluri de dezvoltare. Putem vorbi despre conflictele bine-cunoscute și amănunțit cercetate privind asertivitatea falică și fricile de castrare, iar la nivel de Eu, avem temerile nespecifice legate de regresie (căderea) și neliniștea vizavi de dificultatea sarcinii (muntele). Dar în analiza personalităţilor narcisice, astfel de vise oferă

analistului încă de la început un indiciu de diferențiere cu privire la tipul de transfer narcisic ce este mobilizat. Pe de altă parte, detaliile lor pot să furnizeze analistului indicii specifice, inestimabile, cu privire la anumite rezistențe împotriva apariției transferului. De pildă, rezistența și teama legate de mobilizarea investirilor idealizante apar oare fiindcă obiectele investite narcisic pe care copilul a încercat să le idealizeze au fost reci și insensibile (un munte înghețat; un munte de marmură sau sticlă), distante, de neatins sau impredictibile și pe care nu se putea baza? Din nou, nu este nevoie să intrăm în detalii de vreme ce fiecare analist poate să extragă date empirice din propriul material cazuistic relevant. În prestadiile unui transfer idealizant pot să apară și indicii că pacientul se teme de extincția individualității sale în urma dorinței profunde de a fuziona cu și în obiectul idealizat. (Apar, de exemplu, în vise și asocieri, unele preocupări aparent abstracte, filosofice și cvasireligioase legate de existență, viață și moarte.)

Analistul trebuie să recunoască prezența tuturor acestor rezistențe și să le descrie pacientului cu o înțelegere amicală, dar în general nu e nevoie să facă alte gesturi suplimentare de reconfortare. Per total, poate să se aștepte că regresia patognomonică va apărea de la sine, spontan, dacă el nu intervine prin interpretări premature privind transferul (interpretări pe care analizandul le percepe ca prohibiții sau dezaprobări) sau prin alte inițiative dăunătoare. Descrierea atitudinii potrivite a analistului, așa cum este dată de Freud pentru analiza nevrozelor de transfer, se aplică și în analiza tulburărilor de personalitate narcisică. Pentru a stabili o relație adecvată cu pacientul, Freud (1913/2010) ne sfătuiește după cum urmează: „Pentru aceasta nu trebuie să facem altceva decât să îi lăsăm timp. Când suntem convinși de interesul său serios, când înlăturăm cu grijă rezistențele de la început și evităm anumite neînțelegeri, pacientul stabilește de la sine un astfel de atașament încât îl atașează pe medic imagoului acelei persoane față de care s-a obișnuit să simtă iubire“ (p. 148). Anumite modificări evidente cu privire la afirmația lui Freud vor trebui să fie făcute cu scopul de a fi aplicabile în totalitate în tratamentul tulburărilor de personalitate narcisică și în special în pregătirea transferului narcisic. Totuși, atitudinea de bază pe care Freud o recomandă e validă aici, ca și în nevrozele de transfer.

Câteva greșeli pe care analiștii tind să le facă în timpul acestei faze vor fi abordate mai târziu în contextul unor reacții tipice ale analistului, ce tind să apară în timpul analizei tulburărilor de personalitate narcisică. În acest punct vreau să subliniez doar faptul că un comportament neobișnuit de prietenos din partea analistului, câteodată motivat de nevoia de a crea o alianță terapeutică[29],

este la fel de neindicat în analiza tulburărilor de personalitate narcisică precum este şi în cazul analizei nevrozelor de transfer. Cu privire la ultimele, o astfel de atitudine este percepută ca fiind seductivă şi sunt şanse să producă conţinuturi transferenţiale artificiale. În cazul tulburărilor de personalitate narcisică, atitudinea exagerat de prietenoasă este resimţită în general de pacientul sensibil ca o atitudine superioară ce răneşte mândria analizandului şi îi creşte izolarea şi suspiciunea (încurajându-i tendinţa de a se retrage spre forme arhaice ale Sinelui grandios). Aceasta va conduce la instalarea spontană a regresiei patognomonice specifice a pacientului.

Etapa de perlaborare a analizei (legată de transferul idealizant) poate să înceapă doar după ce transferul idealizant patognomonic s-a instalat. Acesta e pus în mişcare de faptul că echilibrul instinctual de bază, pe care psihicul analizandului vrea să îl atingă iniţial în cadrul tratamentului şi pe care vrea să îl menţină, va fi perturbat mai devreme sau mai târziu. Totuşi, în contrast cu vicisitudinile din procesul psihanalitic al nevrozelor de transfer, echilibrul iniţial din tratamentul tulburărilor narcisice nu este perturbat în principal nici de tensiunile unor cereri inconştiente axate pe analist, şi nici de apărările împotriva lor ce sunt mobilizate de Eul pacientului sub forma rezistenţelor împotriva travaliului analitic. Având în vedere faptul că echilibrul narcisic depinde de relaţia narcisică a analizandului cu un obiect arhaic al Sinelui (obiect perceput narcisic, prestructural), aici perturbarea echilibrului este cauzată în esenţă de anumite circumstanţe externe. În transferul neperturbat, pacientul narcisic se simte întreg, în siguranţă, puternic, bun, atrăgător, activ atât timp cât percepţia de sine include analistul idealizat. Pacientul simte că îl controlează şi îl posedă pe analist cu aceeaşi siguranţă pe care o are adultul faţă de controlul asupra propriului corp şi a propriei minţi. După pierderea bruscă a controlului de necontestat asupra propriului corp şi a propriei minţi (de exemplu, ca urmare a unei leziuni organice a creierului), majoritatea indivizilor tind să reacţioneze cu forme specifice severe de deznădejde şi furie neputincioasă. Reacţii similare se produc în analiza tulburărilor de personalitate narcisică. Astfel, după ce a ajuns la stadiul de uniune narcisică cu un obiect arhaic şi idealizat al Sinelui, analizandul răspunde iniţial cu furie şi deznădejde faţă de orice eveniment ce întrerupe controlul său narcisic asupra imagoului părintelui arhaic, analistul. Această furie poate fi urmată de o regresie temporară către trăiri de fuziune cu cel mai arhaic obiect idealizat al Sinelui sau de o schimbare a direcţiei investirilor narcisice — caz în care avem o hiperinvestire a formelor arhaice ale Sinelui grandios şi, uneori, chiar a Sinelui corporal fragmentat şi autoerotizat.

O examinare detaliată a trăirilor analizandului faţă de obiectul investit narcisic ar trebui să furnizeze caracteristici ce pot diferenţia relaţia analizandului cu obiectul idealizat (transferul idealizant) de relaţia în care analistul este perceput ca o extensie a Sinelui grandios (transferul-oglindă). Iar caracteristicile diferenţiatoare chiar există. Prezenţa obiectului idealizat al Sinelui este acceptată deseori cu aceeaşi certitudine evidentă cu care acceptăm prezenţa cadrului ce susţine viaţa, a aerului ce ne înconjoară şi a pământului pe care stăm. Analogia dintre relaţia analizandului cu analistul în transferul narcisic şi felul cum adultul îşi percepe propriul corp şi propria minte se aplică mai mult în acele cazuri în care Sinele grandios a fost activat, iar analistul este inclus în Sinele extins (transferul-oglindă). Cu toate acestea, când unul dintre transferurile narcisice este întrerupt, reacţia pacientului tinde să fie cea de a pierde controlul. Pot să apară excepţii în acest sens când accentul se pune mai mult pe trăirea melancoliei cu privire la pierderea obiectului idealizat în relaţia transferenţială, comparativ cu accentuarea reacţiei de furie când Sinele extins a devenit inaccesibil.

Consideraţiile menţionate anterior — în special faptul că, după ce regresia terapeutică patognomonică a avut loc, analizandul îl percepe pe analist în mod narcisic, deci nu ca pe un individ separat şi independent — explică şi reacţiile severe al pacientului la micile semne de răceală din partea terapeutului. Ca să nu mai vorbim despre furia pacientului, melancolia şi retragerea lui regresivă atunci când apar separări mai mari de analist (cum ar fi vacanţa de vară). La fel se întâmplă şi în cazul lipsei de reacţie imediată şi de înţelegere empatică instantanee. De exemplu, pot apărea reacţii la evenimente aparent triviale, precum mici neregularităţi cu privire la programul şedinţelor, separările din weekend şi micile întârzieri ale terapeutului. Analizandul reacţionează cu furie vizavi de analist chiar şi când neregularităţile din programul şedinţelor şi întreruperile sunt produse la cererea şi spre beneficiul analizandului. Fapt semnificativ şi de înţeles în relaţia terapeutică narcisică. Reacţii similare se întâlnesc, desigur, şi în nevrozele de transfer. Ele sunt familiare tuturor analiştilor şi joacă un rol tactic important, chiar dacă sunt nespecifice în acest context. Deoarece deschid deseori accesul (la nivelul transferului) la vicisitudinile specifice legate de investirile obiectuale infantile ale analizandului. Totuşi, semnificaţia acestor întâmplări este diferită în analiza tulburărilor de personalitate narcisică. Aici, reacţiile pacientului la perturbarea relaţiei lui cu un obiect perceput narcisic, produsă de astfel de evenimente, ocupă o poziţie centrală şi strategică ce corespunde cu locul pe care îl ocupă conflictul structural în psihonevroze.

Orice lucru care îl privează pe pacient de analistul idealizat creează o tulburare a stimei de sine: pacientul începe să se simtă letargic, neputincios, fără valoare. Și, așa cum s-a subliniat mai sus, pacientul se poate întoarce la precursori ai imagoului parental idealizat sau îi poate abandona și pe aceștia și să treacă la mobilizarea unor stadii arhaice ale Sinelui grandios. Astfel de schimbări se pot produce mai ales dacă Eul pacientului nu este asistat în a-și gestiona dezechilibrul narcisic prin interpretări corecte privind pierderea obiectului idealizat al Sinelui. Aceste schimbări temporare de investire pot fi precipitate de lezări narcisice aparent banale, iar detectarea lor poate pune la grea încercare empatia și discernământul clinic ale analistului. Chiar dacă ținem cont de natura narcisică a relației pacientului cu analistul, este greu de explicat în termenii logicii adulte impactul traumatic pe care îl poate avea retragerea fizică sau emoțională a analistului asupra analizandului. Adesea tindem să îl explicăm în limbajul adulților, chiar dacă acordăm considerația cuvenită sensibilității extreme a pacientului. Însă, dacă analistul ia în calcul natura relației arhaice în care Sinele analizandului s-a grefat pe terapeutul omnipotent, vom înțelege că, la nivelul esențial al regresiei terapeutice, reproșurile pacientului privind separarea au sens și sunt justificate. Chiar și în situațiile în care separarea este scurtă în realitate sau chiar când aceasta a fost inițiată de pacient.

În consecință, natura arhaică a transferului poate explica anumite trăiri ale pacienților și anumite caracteristici formale ale reacțiilor lor, iar analistul trebuie, în general, să își ajusteze empatia la nivelul regresiei narcisice. Cu toate acestea, înțelegerea analistului cu privire la interacțiunea regresivă a pacientului cu obiectul arhaic idealizat nu trebuie să conducă la neglijarea investigării minuțioase a evenimentelor externe precipitante sau a interacțiunilor psihice specifice ce au pus în mișcare perturbarea echilibrului narcisic.

De exemplu, dl G., un bărbat în vârstă de douăzeci și cinci de ani, sever tulburat, a reacționat la anunțul meu că voi fi plecat timp de o săptămână printr-o reorientare amenințătoare a investirii narcisice de la obiectul arhaic idealizat către o formă primitivă a Sinelui grandios. Interpretările centrate pe semnificația separării, făcute la nivelul iubirii obiectuale și a narcisismului, în dimensiunea lor libidinală și agresivă, au fost fără rost. Pacientul a rămas rece și izolat, într-o stare de superioritate aproape delirantă și de ipohondrie sub o formă paranoidă. Schimbul masiv și extins al investirilor instinctuale a făcut imposibil ca pacientul să îl conducă pe analist spre evenimentul crucial ce a precipitat desfășurarea malignă. În final, am găsit insightul corect și astfel dl G. a putut să examineze semnificația reacției sale la separare. Ceea ce a produs retragerea

pacientului nu a fost viitoarea mea absenţă, ci tonul cu care am anunţat-o. Tonul a fost nonempatic şi defensiv. Anticipând o reacţie furtunoasă (precum telefoanele anxioase în mijlocul nopţii) şi pregătindu-mă cu o atitudine nespusă de tipul „Ei bine, iar o luăm de la capăt!“, într-adevăr m-am gândit mai întâi la mine când am făcut anunţul. În consecinţă, nu am mobilizat atitudinea necesară de disponibilitate neutră şi anticipatoare în a răspunde empatic la sentimentele pacientului. Ca reacţie la această atitudine, pacientul a trăit o dezamăgire traumatică privind capacitatea mea empatică pe care anterior a idealizat-o ca fiind nelimitată[30] şi nu a avut loc niciun progres până când nu am putut să-i ofer înţelegerea mea şi astfel pacientul să poată să se reconecteze la obiectul idealizat al Sinelui.

Ilustraţia precedentă exemplifică existenţa nenumăratelor variaţii clinice în analiza tulburărilor narcisice; totuşi, esenţa procesului curativ poate fi rezumată în câteva principii simple.

În analiza nevrozelor de transfer, avem ca scop lărgirea Eului (pre)conştient. Sporirea controlului Eului asupra scopurilor şi dorinţelor infantile şi creşterea autonomiei structurilor Eului sunt atinse în urma expunerii repetate a Eului (a) la porţii gestionabile de impulsuri libidinale şi agresive ce sunt mobilizate în timp ce se centrează pe analist şi (b) la mecanisme inconştiente prin care se apără de aceste impulsuri. Travaliul major (depăşirea celor mai importante rezistenţe ale Eului şi Supraeului) din transferul nevrozelor se ocupă cu reticenţa Eului de a recunoaşte impulsurile instinctuale refulate în câmpul său. Totuşi, renunţarea la obiectele din copilărie, reprezentativă pentru nevrozele de transfer, este efectuată imperceptibil[31] în acelaşi ritm cu efortul de anulare a refulărilor. Iar rezistenţa pacientului de a se despărţi de obiectul incestuos (o rezistenţa a Se-ului) apare doar ocazional şi temporar ca problemă centrală în analiză. Într-adevăr, dacă rezistenţa pacientului faţă de separarea de obiectul copilăriei devine una majoră şi cronică în analiză, analistul ar trebui să ia în considerare posibilitatea ca el să nu aibă de-a face cu un transfer nevrotic simplu, ci cu unul care ascunde şi nişte elemente narcisice în spatele investirilor incestuoase manifeste.

În analiza tulburărilor de personalitate narcisică, un proces de perlaborare asemănător este pus în mişcare. În acest proces impulsurile refulate şi/sau clivate (aici: narcisice) cu care este investit obiectul arhaic ale Sinelui sunt ghidate să intre în contact cu Eul-realitate, sunt aduse sub controlul acestuia. În contrast cu condiţiile ce prevalează în analiza nevrozelor de transfer, marea majoritate a procesului de perlaborare din analiza tulburărilor de personalitate narcisică nu se

ocupă de depășirea rezistențelor Eului și Supraeului legate de conștientizarea refulărilor. Partea esențială a procesului de perlaborare se preocupă aici de reacția Eului privind pierderea obiectului trăit la nivel narcisic. Chiar dacă apar și astfel de rezistențe, incluzând și bine-cunoscutele rezistențe[32] narcisice nespecifice (vezi, de exemplu, Abraham, 1919; și W. Reich, 1933). Și chiar dacă există la început rezistențe specifice ale Eului (motivate de rușine și temeri ipohondrice, dar și de anxietăți privind suprastimularea hipomaniacală), care se opun mobilizării investirilor narcisice și recunoașterii lor.

Procesul de perlaborare din transferul idealizant diferă astfel în mod decisiv de procesul ce are loc în nevrozele de transfer. În nevrozele de transfer apărările sunt înlăturate, investirile obiectuale instinctuale primesc acces la Eu, iar rezultatul ajunge să fie un aranjament îmbunătățit al structurilor psihice, de exemplu o dominație crescută a Eului asupra pulsiunilor și apărărilor. Ca prim pas în procesul de perlaborare al analizei tulburărilor de personalitate narcisică, are loc un proces asemănător prin faptul că investirile narcisice clivate și/sau refulate și obiectul Sinelui (obiect prestructural investit narcisic) ajung în Eul-realitate. Cu toate acestea, procesul esențial de perlaborare are ca scop retragerea graduală a libidoului narcisic dinspre obiectul arhaic investit narcisic. Se ajunge astfel la achiziția unor noi structuri și funcții psihice, cât și la reorientarea investirii de la reprezentarea obiectului și a activităților sale către aparatul psihic și funcțiile sale. În cazul particular al transferului idealizant, procesul perlaborării are, desigur, ca scop retragerea investirilor idealizante de la imagoul părintelui idealizat și, concomitent, (a) construirea de structuri capabile să regleze pulsiunile la nivelul Eului și (b) și creșterea idealizării Supraeului.

Multiple aspecte ale discuției prezente privind metapsihologia procesului terapeutic în analiza personalităților narcisice se aplică atât în ce privește mobilizarea imagoului părintelui idealizat din transferul idealizant, cât și în ce privește reactivarea terapeutică a Sinelui grandios din transferul-oglindă (vezi Partea a II-a). Principiile de economie psihică ce determină cursul și viteza analizei sunt identice pentru ambele forme majore ale transferului narcisic. Pozițiile dezvoltaționale și dinamic-structurale ale celor două configurații narcisice reactivate diferă, iar oscilațiile importante (dar temporare) regresive și progresive ce apar în transfer ca rezultat al reacțiilor pacientului la analist vor fi, și ele, diferite.

Diagrama 2 evidențiază, într-o formă schematică, regresiile temporare ce au loc în mod caracteristic în timpul procesului de perlaborare. (Revenirea la un

echilibru relativ al transferului ar trebui să fie indicat, desigur, prin inversarea sensului săgeților.)

Astfel, în transferul idealizant procesul perlaborării privește următoarele secvențe specifice de evenimente: (1) pierderea uniunii narcisice a pacientului cu obiectul idealizat al Sinelui; (2) urmează perturbarea echilibrului narcisic; (3) apoi avem hiperinvestirea formelor arhaice — fie ale (a) imagoului părintelui idealizat, fie ale (b) Sinelui grandios; temporar, putem avea și (4) o suprainvestire (autoerotică) a complexului corpului-minte-Sine fragmentat.

Destul de frecvent, imagoul arhaic și prestructural al părintelui idealizat nu este păstrat doar în refulare (anume, separat de Eu printr-un clivaj orizontal în psihic), dar se poate menține chiar și în aria Eului, similar condițiilor descrise de Freud (1927/2010) în cazul fetișistului (adică este separat de Eul-realitate printr-un clivaj vertical în Eu). Acest subiect va fi dezvoltat mai mult în capitolul 7, unde conceptele de clivaj „vertical“ și clivaj „orizontal“ în psihic sunt, de asemenea, discutate în detaliu.

Conceptul folositor al alianței terapeutice (sau al alianței de lucru, cf. Zetzel, 1956; Greenson, 1967) reprezintă un memento sănătos pentru unii analiști, cărora li se amintește cât de important este cadrul psihologic pe care se sprijină travaliul analitic, cadru ce merită interesul și atenția analistului. Cu alte cuvinte, accentul pe „alianță“ ajută la disiparea ideii că neutralitatea analistului ar trebui înțeleasă mai degrabă în sensul fizic, decât în cel psihic (așa cum și trebuie, de fapt, să fie înțeleasă, ca receptivitate umană medie, de bun-simț). De exemplu, să rămâi tăcut când cineva pune o întrebare nu este neutru, ci nepoliticos. E de la sine înțeles că — în unele circumstanțe clinice și după niște explicații adecvate — pot apărea momente când analistul nu se va grăbi să răspundă cererilor pseudorealiste ale pacientului, ci va insista pe investigarea înțelesului lor transferențial.

Totuși, în acest context, trebuie spus că o concentrare pe interacțiunile observabile dintre analist și pacient poate deveni o cale de a scăpa de travaliul analitic: interesul pentru interacțiunile curente poate deveni un fel de (contra)rezistență împotriva investigării materialului psihanalitic central, adică a

transferului. (Pentru alte consideraţii privind acest subiect, vezi discuţia din capitolul 8 despre aşa-zisul „transfer pozitiv“ al analizandului faţă de analist.)

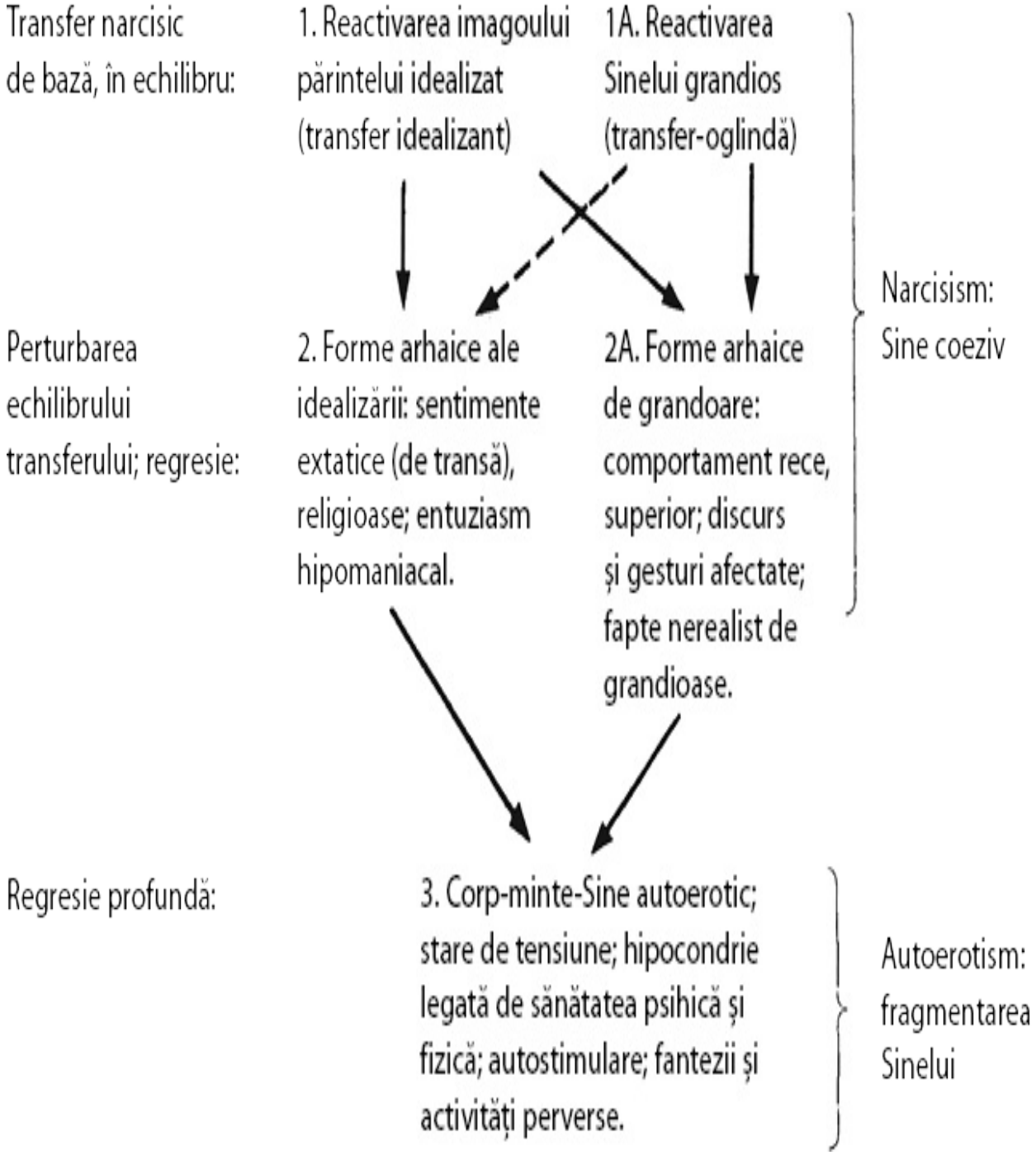
Pentru descrierea scurtă a acestui episod şi mai ales a reacţiei imediate a pacientului printr-un vis ce cuprinde dezamăgirea faţă de obiectul anterior idealizat (analistul cu emaptie nelimitată), obiect devenit în vis un sân din cauciuc, vezi Kohut, 1959, p. 471.

Aici nu ţin cont de acele regresii temporare ce sunt caracteristice pentru începutul şi finalul analizei nevrozelor de transfer, în care pacientul reinvesteşte cerinţele sale faţă de obiectele transferenţiale incestuoase, înainte de a accepta definitiv faptul că acestea sunt într-adevăr inaccesibile.

Astfel de rezistenţe narcisice nespecifice ale Eului tind să apară în perioadele de început ale analizei atât în nevrozele de transfer, cât şi în tulburările de personalitate narcisică. Un exemplu tipic este următorul. După o şedinţă în care i-am demonstrat pacientului O. că reacţiona la o separare ce urma să vină prin scăderea standardelor sale morale şi estetice şi prin neglijarea Sinelui corporal, pacientul a răspuns în ora următoare prin a-mi critica tehnica, alegerea cuvintelor etc. cu un aer de superioritate şi totuşi într-o manieră abilă şi obiectivă în care percepţiile realiste ale neajunsurilor mele au fost folosite în mod defensiv. (Ar trebui menţionat aici că o analiză anterioară pare să fi eşuat pentru că această rezistenţă nu a fost analizată, ci a fost tratată cu îndemnuri şi sfaturi prieteneşti, invocate probabil pentru a menţine alianţa terapeutică.) Totuşi, progrese în depăşirea rezistenţei au putut fi făcute (putând fi întrezărite şi primele indicii de material genetic) abia când încercarea pacientului de a răni stima de sine a analistului a fost identificată ca reprezentând „întoarcerea de la pasiv la agresiv“ sau un fel de „identificare cu agresorul“. Acest fapt s-a produs după ce am acceptat aspectele realiste ale criticilor aduse de pacient cu tot umorul de care am fost capabil. Pacientul a demonstrat prin comportamentul său (şi cercetarea delicată a abordării sale a dus către o mai bună înţelegere legat de ce simţea) că el resimţea interpretările mele (şi, în esenţă, tot procesul analitic) ca pe o insultă dureroasă, ca pe o rană narcisică aproape de nesuportat.

Diagrama 2

Schema oscilațiilor regresive tipice care au loc în timpul analizei tulburărilor de personalitate narcisică


Transfer narcisic de bază, în echilibru:
1. Reactivarea imagoului părintelui idealizat (transfer idealizant)
1A. Reactivarea Sinelui grandios (transfer-oglindă)
Narcisism: Sine coeziv
Perturbarea echilibrului transferului; regresie:
2. Forme arhaice ale idealizării: sentimente extatice (de transă), religioase; entuziasm hipomaniacal.
2A. Forme arhaice de grandoare: comportament rece, superior; discurs și gesturi afectate; fapte nerealist de grandioase.
Regresie profundă:
3. Corp-minte-Sine autoerotic; stare de tensiune; hipocondrie legată de sănătatea psihică și fizică; autostimulare; fantezii și activități perverse.
Autoerotism: fragmentarea Sinelui

Toate săgeţile ce indică direcţia oscilaţiilor regresive ce apar în procesul perlaborării sunt trasate cu linie continuă, ceea ce arată că apariţia procesului specific a fost dovedit de numeroase observaţii clinice. Totuşi, oscilaţia de la 1A la 2 este marcată printr-o linie întreruptă. Doar recent şi pentru prima oară am întâlnit manifestarea regulată a acestui eveniment psihic particular în timpul analizei unui pacient. În cazul lui, activarea Sinelui grandios pare să constituie transferul de bază. Totuşi, având în vedere faptul că această analiză, deşi este într-un stadiu avansat, nu s-a finalizat, ezit să afirm cu absolută siguranţă că transferul-oglindă prezent nu maschează de fapt o idealizare subterană (cum se întâmplă, de exemplu, în unele tipuri de delincvenţă juvenilă la care fac referire în capitolul 7).

Analizandul va trăi în mod repetat aceste oscilaţii regresive după o dezamăgire legată de analistul idealizat. Dar va fi capabil să se întoarcă la transferul idealizant de bază cu ajutorul unei interpretări potrivite. Aici, poate chiar mai mult decât în analiza nevrozelor de transfer, este necesară analiza repetată a aceloraşi experienţe (sau a unora similare), dar şi corecta evaluare a măsurii în care Eul poate să tolereze (sau nu) deprivările narcisice din terapie. Dacă interpretările repetate ale semnificaţiei separărilor de analist la nivelul libidoului narcisic idealizant nu sunt oferite mecanic, ci cu empatia potrivită pentru sentimentele analizandului — pentru ceea ce pare a fi câteodată lipsa emoţiilor, anume răceală şi retragere ca răspuns la separare (vezi în special poziţia 2A în diagrama 2) —, atunci vor reieşi treptat diverse amintiri semnificative legate de tiparele dinamice din experienţa prezentă. Aici, ca şi în fazele analoage procesului de perlaborare din transferul-oglindă, vor apărea noi amintiri, iar unele amintiri care au fost mereu conştiente vor deveni inteligibile în lumina experienţelor transferenţiale din prezent.

De exemplu, pacientul îşi va aminti orele pline de singurătate din copilăria sa în care trăia preocupări voaioriste intense (cotrobăiala copilului prin sertare într-o casă în care e singur) şi se angaja în activităţi perverse (un băiat punând pe el lenjeria mamei). Aceste activităţi vor deveni inteligibile când sunt înţelese nu atât ca transgresări sexuale întreprinse când dispare supravegherea externă, ci mai degrabă ca încercări de a oferi substitute ale imagoului parental idealizat şi ale funcţiilor sale prin crearea de înlocuitori erotizaţi şi prin suprainvestirea frenetică a Sinelui grandios. Din punct de vedere metapsihologic, sentimentele

înspăimântătoare ale fragmentării şi morţii pe care copilul le trăieşte reprezintă manifestări ale faptului că, în absenţa obiectului Sinelui (obiect investit narcisic), investirea este retrasă de la Sinele trăit în mod coeziv, iar fragmentarea regresivă (autoerotică) şi tensiunile hipocondriace ameninţă acum copilul (vezi poziţia 3 din diagrama 2). Diversele activităţi perverse în care copilul se angajează reprezintă deci încercări de restabilire a uniunii cu obiectul investit narcisic şi pierdut; aceste încercări au loc prin fuziunea vizuală şi prin alte forme arhaice de identificare.

Mai departe, pacientul poate să îşi amintească deseori şi acum să înţeleagă în ce fel, în absenţa obiectului omnipotent al Sinelui, el încerca să reînvie sentimentul de Sine coeziv printr-o varietate de autostimulări: punându-şi faţa pe podeaua rece din pivniţă; privindu-se în oglindă pentru a se asigura că este acolo şi că este întreg; mirosind diversele substanţe şi propriul iz corporal; săvârşind diverse activităţi orale şi masturbatorii; recurgând la unele isprăvi (de multe ori grandioase şi periculoase) atletice (sărituri din locuri înalte, căţărarea pe acoperişuri etc.) în care erau puse în act de către copil fantasme de zbor, pentru a-şi confirma realitatea existenţei sale fizice (vezi poziţia A2 din diagrama 2). Avem apoi o serie de trăiri adulte analoage (de exemplu, la sfârşitul de săptămână când atenţia integrantă a analistului este retrasă): apar preocupări voaioriste intense, se profilează tentaţia de a fura (din magazine) şi de a merge cu maşina cu foarte mare viteză. Mai puţin necontrolabile, mai puţin grandioase şi deci mai puţin periculoase sunt plimbările lungi neliniştite pe care pacientul le întreprinde pentru a obţine confirmarea că este în viaţă şi întreg prin stimularea senzorială sexualizată şi prin stimularea proprioceptivă. Rememorarea semnificativă a amintirilor relevante din copilărie şi înţelegerea tot mai profundă a experienţelor transferenţiale analoage converg în a oferi sprijin Eului pacientului. Reacţiile automate anterioare devin gradual tot mai inhibate în raport cu scopul şi tot mai mult sub controlul Eului. În timpul fazelor tranziţionale pacientul va oferi dovezi pentru faptul că înmulţirea insighturilor a dus la o mai bună dominaţie din partea Eului. De exemplu, făcându-se trecerea de la actele pervers-voaioriste la activităţi artistice acceptate social (fotografie, pictatul în acuarelă etc.) şi de la a fi împins spre a face plimbări nesfârşite, singuratice şi disperate la forme atletice şi artistice integrate social ce stimulează corpul prin activităţi sportive sau muzicale. Oricare ar fi detaliile schimbărilor comportamentale, nu există îndoială că sunt datorate faptului că procesul de perlaborare duce la acumularea de structuri psihice, aşa cum se întâmplă în nevrozele de transfer ca rezultat al muncii analitice analoage.

Nu doar capacităţile de sublimare ale Eului cresc (aşa cum este evident din schimbarea atitudinilor externe ale pacientului). Eul demonstrează de asemenea în transfer că a dobândit o toleranţă mai mare pentru absenţa analistului, pentru întreruperile din rutina programărilor (regularitatea programărilor cu analistul devine întotdeauna echivalentul prezenţei continue a analistului) şi pentru eşecurile ocazionale ala analistului în a reuşi imediat o înţelegere empatică corectă. Pacientul înţelege că nu e nevoie să retragă imediat libidoul idealizant (admiraţie şi stimă) dinspre imagoul obiectului idealizat al Sinelui, că tensiunea cauzată de dorul după obiectul idealizat, dar absent al Sinelui poate fi tolerat. Şi mai înţelege că pot fi prevenite reorientările regresive, dureroase şi câteodată periculos de izolante ale investirilor narcisice către forme arhaice ale obiectului idealizat al Sinelui, către Sinele grandios şi către corpul-minte-Sine fragmentat (autoerotic). Concomitent cu creşterea capacităţii de a reţine o parte din investirile idealizante care mergeau către obiectul Sinelui (şi în ciuda separării externe de acest obiect), apare o sporire a procesului ce duce la internalizări transmutative (i.e. se poate renunţa la obiect, iar organizarea psihicului analizandului dobândeşte capacitatea de a performa o parte din funcţiile ce precedent erau îndeplinite de obiect).

Capacitatea pacientului de a menţine investirile obiectuale în sectoarele non-narcisice ale personalităţii sale se poate îmbunătăţi odată ce fixaţiile narcisice sunt slăbite. Tot aici, componenta idealizantă a formelor mature ale investirilor obiectuale poate astfel să îşi mărească capacitatea de a absorbi din energiile narcisice ce au fost mobilizate în analiza sectorului narcisic. Progresul terapeutic esenţial în analiza investirilor arhaice ale imagoului părintelui idealizat are loc ca o consecinţă a internalizării transmutative a energiilor narcisice care au fost desprinse de obiectul idealizat al Sinelui. Acest fapt conduce la redistribuirea energiilor narcisice în cadrul personalităţii. Se ajunge deci: (a) la întărirea şi expansiunea structurii neutralizatoare a psihicului şi astfel, în mod secundar, la creşterea controlului pulsiunilor şi a capacităţii de dezinstinctualizare; (b) la formarea de idealuri sau la întărirea lor; şi (c) la dobândirea unui număr mai mare de atribute psihice mai bine diferenţiate ce folosesc energiile instinctuale narcisice care au ajuns să fie accesibile pacientului.

Partea a II-a. Activarea terapeutică a Sinelui grandios

Capitolul 5. Tipuri de transferuri-oglindă:O clasificare bazată pe etapele de dezvoltare

Transferul idealizant discutat în partea I constituie reactivarea unui aspect din acea fază din dezvoltare în care copilul încearcă să salveze narcisismul originar încredințându-i-l unui obiect al Sinelui trăit narcisic sub forma unui obiect omnipotent și perfect. În circumstanțe favorabile, copilul se confruntă gradual cu niște limitări realiste ale obiectului idealizat al Sinelui, renunță la idealizări și, concomitent, face reinternalizări transmutative. În acestea nu doar că se recunosc urme din sursa narcisică originară, ci ele pot purta și amprenta individuală a obiectului parental real care a influențat configurațiile narcisice până să fie reinternalizate. Astfel, conținutul valorilor și idealurilor Supraeului internalizate oedipian (și forma specifică a structurii de bază a Eului ce controlează pulsiunile, internalizată preoedipian) sunt influențate decisiv de specificul valorilor și idealurilor pe care le au părinții (și de modurile lor predilecte în controlarea pulsiunilor, precum seducția sau amenințările). Totuși, nota absolutistă a valorilor centrale din Supraeu și condiția inalterabilă a arsenalului central al Eului care controlează descărcarea pulsiunilor reprezintă manifestări ale faptului că aceste structuri sunt descendenți ai stării narcisice originare a copilului. Astfel, Eul și Supraeul devin purtători ai unor părți din perfecțiunea și puterea absolute ce erau caracteristice organizării arhaice. Dacă internalizarea transmutativă optimă a obiectului idealizat al Sinelui este perturbată, atunci, așa cum a fost demonstrat în capitolele precedente, obiectul idealizat este menținut ca obiect arhaic prestructural, ce se reactivează în analiză în forma coezivă a transferului idealizant. Astfel, procesul reinternalizării ce a fost întrerupt în copilărie poate fi reluat în timpul analizei.

În mod analog cu reactivarea terapeutică a obiectului Sinelui idealizat din transferul idealizant, Sinele grandios este, și el, reactivat terapeutic în context transferențial. Pentru acest proces, vom folosi termenul de transfer-oglindă, în ciuda faptului că nu este suficient de cuprinzător. Transferul-oglindă și precursorii săi constituie reactivarea terapeutică a acelui aspect din etapa de dezvoltare în care copilul încearcă să salveze narcisismul atotcuprinzător de la început (acel „Eul-plăcere pur“, cum îl numește Freud), concentrând

perfecţiunea şi puterea în Sine — denumit aici „Sinele grandios“ — şi retrăgându-se cu dispreţ dinspre obiectul extern, căruia îi sunt atribuite toate imperfecţiunile.[33]

Deşi reconstrucţia detaliată a stadiilor de dezvoltare, pe baza materialului analitic, este presărată cu incertitudini, niciun material observabil cunoscut mie nu infirmă teoria mea, după care formarea obiectului idealizat al Sinelui şi a Sinelui grandios reprezintă două faţete ale aceleiaşi faze de dezvoltare, adică au loc simultan. Cred că tendinţa de a asuma că Sinele grandios este structura mai primitivă se bazează pe aceeaşi prejudecată care atribuie obiectului iubit supremaţia asupra narcisismului. Totuşi, din punct de vedere obiectiv, narcisismul originar nu doar că este precursorul obiectului iubit, ci el conduce simultan înspre dezvoltarea Sinelui grandios şi a imagoului părintelui idealizat. Totuşi, recunoaşterea teoretică a paralelismului celor două linii de dezvoltare nu implică faptul că la toţi indivizii accentele dezvoltării sunt distribuite în mod egal pentru toate cele trei direcţiile. Dimpotrivă, ideea este că la anumite persoane accentul major (şi patologia majoră) se produce în direcţia dezvoltării Sinelui grandios (ceea ce şi explică apariţia unui transfer-oglindă în analiză), în timp ce alţi indivizi au puncte majore de fixaţie în jurul obiectului idealizat al Sinelui sau în jurul obiectelor sexuale timpurii (deci vor dezvolta un transfer idealizant, respectiv o nevroză de transfer).

În circumstanţe favorabile copilul învaţă să-şi accepte limitele sale realiste (aceasta se întâmplă când copilul primeşte răspunsuri parentale adecvate la manifestările narcisic-exhibiţioniste ale fantasmelor sale de grandoare). Copilul renunţă, astfel, la fantasmele de grandoare şi la cererile exhibiţioniste brute, care sunt înlocuite, în mod concomitent, cu scopuri şi idealuri ego-sintonice, cu o plăcere asociată îndeplinirii funcţiilor şi activităţilor sale şi cu o stimă de sine realistă. Analog cu dezvoltarea obiectului idealizat al Sinelui, rezultatul dezvoltării Sinelui grandios este determinat nu doar de caracteristicile narcisismului copilului, dar şi de anumite trăsături de personalitate ale indivizilor din jurul copilului. Idealurile şi finalităţile ego-sintonice, plăcerea legată de propriul Sine şi de funcţiile sale şi stima de sine sănătoasă sunt astfel influenţate de două seturi de factori. (1) Mai întâi, idealurile şi scopurile fundamentale ale unei persoane şi stima sa de sine poartă amprenta caracteristicilor şi atitudinilor relevante ale imagourilor (transformate în funcţii psihice prin procesul de internalizare transmutativă) acelor persoane în care s-a reflectat Sinele grandios al copilului, adică al persoanelor pe care copilul le-a asumat ca extensii ale grandorii sale. Astfel, idealurile şi scopurile specifice ce determină de cele mai

multe ori direcţiile majore în viaţa de mai târziu sunt deseori derivate din identificări cu acele figuri care originar au fost percepute ca extensii ale Sinelui grandios. (2) Totuşi, idealurile şi scopurile noastre ultime şi stima de sine poartă, de asemenea, şi marca distinctivă a narcisismului originar care îşi pune amprenta pe scopurile centrale ale vieţii noastre şi pe stima de sine sănătoasă. Astfel, acestea vor fi „amprentate“ de convingerea absolută că avem dreptul la succes, ceea ce trădează acea parte nealterată a funcţiilor narcisice vechi, nelimitate, ce activează alături de structurile noi, îmblânzite şi realiste. Dacă dezvoltarea optimă şi integrarea Sinelui grandios sunt perturbate, atunci această structură psihică poate să fie clivată în raport cu Eul-realitate şi/sau poate deveni separată de el prin refulare[34]. În acest caz, acel Sine grandios nu mai este accesibil influenţelor externe şi este păstrat în forma sa arhaică. Totuşi, în analiză este remobilizat în forma coezivă a transferului-oglindă şi este adus în repetate rânduri sub influenţa Eului-realitate. Iar procesul de modificare graduală, ce a fost întrerupt în mod traumatic în copilărie, poate fi reluat.

Recunoaşterea graduală a imperfecţiunilor reale şi a limitelor Sinelui (adică diminuarea treptată a dominaţiei şi a puterii acestei fantasme de grandoare) reprezintă în general o precondiţie pentru sănătatea mentală în sectorul narcisic al personalităţii. Dar există excepţii de la această regulă. Un Sine grandios extrem de activ, cu pretenţii delirante, poate incapacita sever un Eu cu o dotare medie. Totuşi, în cazul unui Eu mai înzestrat, acesta poate fi împins în a-şi utiliza la maximum capacităţile sale deosebite şi astfel poate să ajungă la o performanţă uimitoare, dar cu baze realiste, totul în urma cerinţelor fantasmelor grandioase ale unui Sine grandios persistent şi puţin modificat. Churchill ar fi fost o astfel de persoană (vezi discuţia mea cu privire la influenţa fantasmelor infantile persistente legate de zbor — Kohut, 1966a); Goethe poate fi un alt exemplu (vezi descrierea lui Eissler [1963a] legată de circumstanţele timpurii ce întăresc convingerea copilului în puterea magică a dorinţelor sale şi a imaginaţiei sale); în fine, avem faimoasa remarcă — autobiografică? — a lui Freud (1917c/2010) cu privire la succesele ulterioare ale primului fiu născut de o mamă tânără.

O formă similară a relaţiei dintre fantasmele de grandoare persistente şi Eul unei persoane neobişnuit de înzestrate e des întâlnită şi în timpul analizei personalităţilor narcisice a căror fixaţie majoră este la Sinele grandios. Din cauza persistenţei convingerilor vechi privind omniscienţa lor, astfel de pacienţi sunt de obicei incapabili să ceară informaţii (de exemplu, într-un oraş nou vor merge kilometri decât să ceară indicaţii) şi sunt incapabili să recunoască lacunele din cunoştinţele lor. De exemplu, când sunt întrebaţi dacă au citit o anumită carte,

Sinele lor grandios, cu omniscienţa sa persistentă, îi forţează să zică „da“, în aşa fel încât succesul real să fie subordonat afirmaţiilor sale magice. Câteodată se obţine un rezultat benefic indirect în sensul că ei vor trebui să se grăbească şi să citească repede cartea (ceea ce devine un prognostic pozitiv). Dacă astfel de incidente sunt gestionate serios, non-agresiv şi fără glume pripite din partea analistului, e de la sine înţeles că vor aduce un beneficiu analitic important. Pe de altă parte, minţitul ca simptom (pseudologia fantastica) trebuie evaluat cu grijă de vreme ce diferitele raporturi dintre structurile narcisice şi Eul pacientului dau seamă pentru diferenţe importante în diagnoză şi prognostic.

Referitor la conţinutul minciunilor, înclinaţia spre mitomanie poate fi subdivizată după cum urmează: (a) poate fi cauzată de presiunea Sinelui grandios, caz în care minciunile atribuie nişte realizări măreţe Sinelui mincinosului; sau (b) poate fi cauzată de presiunea nevoii pentru un obiect idealizant, caz în care minciunile atribuie nişte realizări măreţe (câştiguri băneşti importante, dotări intelectuale deosebite, un statut social ridicat etc.) unei alte persoane ce ocupă o poziţie de lider (e o figură paternă) vizavi de pacient. (Falsificările în forma lor cea mai vădită au legătură cu tatăl persoanei sau alte rude din generaţia părinţilor).

Privitor la minciunile ce sunt cauzate de incapacitatea Eului de a-şi păstra realismul sub presiunea fantasmelor create de nevoia pentru un obiect idealizat, trebuie menţionate următoarele neînţelegeri ce au loc destul de des în analiza tulburărilor de personalitate narcisică. Repetând în analiză ceea ce are obiceiul să facă şi în viaţa de zi cu zi, pacientul va atribui altora o realizare ce a fost dusă la bun sfârşit chiar prin abilitatea şi eforturile sale (vezi exemplul clinic oferit de E. Kris, 1951, p. 22). Desigur, există diverse condiţii dinamice care pot juca un rol important în producerea unui astfel de sindrom. (Câteodată minciuna poate ajuta la înlăturarea unui dezechilibru psihoeconomic cu potenţial traumatic, aşa cum se întâmplă şi cu respingerea unor complimente, eveniment familiar tuturor).

Totuşi, în cursul tratamentului analitic, acest sindrom este de obicei considerat de analist ca fiind rezultatul unui conflict structural cu Supraeul. Acest fapt este analog cu dinamica aşa-numitei reacţii terapeutice negative. (De exemplu: „V-aţi simţit vinovat pentru că v-aţi depăşit tatăl, în consecinţă i-aţi atribuit lui ceva ce, de fapt, aţi realizat dvs“.) Totuşi, situaţia este diferită la acele personalităţi narcisice care au suferit în copilărie pierderea traumatică a imagoului părintelui idealizat şi care, ca o consecinţă a acestei pierderi, au dobândit un deficit structural specific — o insuficientă idealizare a Supraeului. Faptul că analizandul atribuie propria reuşită altcuiva este în aceste situaţii datorat nevoii

de un obiect arhaic omnipotent la care vrea să se atașeze — deci nu are drept cauză o vinovăţie. În acord cu acest lucru, rezistența cu care pacientul se opune disoluției interpretative a mitomaniei este motivată de frica pierderii susținerii narcisice oferite de obiectul preamărit pe care l-a creat în fantasmă.

Oricare ar fi constelația de bază din spatele sindromului mitomaniei, anume dacă este motivat de presiunea Sinelui grandios sau de căutarea unui imago parental idealizat, analistul ce a căpătat experiență în tratamentul tulburărilor de personalitate narcisică va fi capabil să prezică în mod acurat felul în care va avea loc transformarea materialului patologic. Minciunile vor deveni în mod gradual fantezii; apoi, planuri ambițioase și idealuri fanteziste; și, în final, dacă analiza are succes, vor fi înlocuite cu acțiuni, tipare și scopuri rezonabile. În timpul unei faze tipice de tranziție (deci la mijlocul drumului către integrarea totală), pacientul va prezenta minciunile precedente ca semi-glume atât în relația terapeutică, dar și în viața de zi cu zi. Aceste glume stârnesc destul de des un grad de iritare în analistul ce nu este familiar cu astfel de linii de dezvoltare specifice. Analistul va fi astfel înclinat să ceară Eului aparent delincvent al pacientului să se conformeze condițiilor de realitate și adevăr. Totuși, ca de obicei, abordarea educativă și atitudinea critică nu sunt benefice. Dimpotrivă, analistul ar trebui să vadă în pendularea temporară dintre minciunile pe jumătate glume și glumele pe jumătate minciuni un semn de progres. Progres înfăptuit pe drumul Eului în a domina presiunea ce este exercitată asupra sa de fantasmele grandioase nemodificate cu privire la Sine sau de fantasmele ce privesc obiectul arhaic omnipotent. Insatisfacția analistului legată de Eul care nu funcționează încă pe deplin în calitate de Eu dominator nu doar că împiedică progresul viitor, dar poate să și anuleze progresul deja realizat.

Aceste considerații sunt importante mai ales în evaluarea caracterului analizabil al pacientului — nu doar cu privire la analizanzii obișnuiți, dar și cu privire la evaluarea candidaților pentru formarea psihanalitică. Există o diferență clară între (1) cei al căror Eu a capitulat în fața presiunilor Sinelui grandios și a devenit dependent de minciună și de alte forme de delincvență și (2) cei ale căror străduințe vitejești ale Eului s-au ridicat la nivelul cerințelor Sinelui grandios, la care au rămas fixați (totuși, sub presiunea intensă a Sinelui grandios și în anumite segmente circumscrise de realitate sau în momente de dezechilibru spontan, ei ajung să confunde imaginația grandioasă cu realitatea). Astfel de oameni posedă destul de des înzestrări reale de vreme ce (a) fixația la fantasmele originare despre sine ar fi putea fi rezultatul unor răspunsuri parentale exagerate și nerealiste față de înzestrarea reală și de vreme ce (b) cererea persistentă a

Sinelui grandios adresată Eului în dezvoltare l-a făcut să răspundă cu o performanţă neobişnuită. Chiar şi aşa, este important să avem în minte că unii pacienţi se vor prezenta iniţial pentru analiza personală sau de formare cu o minciună simptomatică sau cu un act delincvent corespondent, mai precis cu o formă de comportament ce constituie prima revelare transferenţială (şi cu rol de testare) a Sinelui grandios ascuns. Este de o importanţă decisivă ca analistul să răspundă la un astfel de comportament, adică să îl recunoască şi să puncteze sincer că semnificaţia sa este încă necunoscută. Dacă astfel de pacienţi (candidaţi) sunt respinşi din prima (ceea ce se întâmplă rar) sau dacă, aşa cum se întâmplă frecvent, analistul răspunde cu dezaprobare sau cu o cerere de corectare a comportamentului simptomatic (cu justificarea că e nevoie de o raportare realistă şi morală între el şi pacient), atunci vor fi eliminaţi nişte oameni cu potenţial creativ şi cu un prognostic analitic bun. Aşa cum a fost afirmat mai devreme, diferenţierea crucială nu poate fi făcută de obicei imediat; analistul are nevoie de timp ca să observe întreaga interacţiune dintre măreţia cerinţelor Sinelui grandios şi răspunsul Eului. Confuzia provocată din când în când Eului-realitate de cererile Sinelui grandios apare într-adevăr în cazul oamenilor talentaţi şi capabili, iar analiza sistematică a acestor presiuni într-un cadru binevoitor şi acceptant constituie ca, de obicei, atmosfera potrivită. În urma experienţei mele, aş putea să adaug că este mult mai greu pentru acei analişti care, în familia lor, au fost fraţi mai mari să accepte această situaţie ca fiind validă, de vreme ce propriile lor fixaţii timpurii legate de prestigiu (propriul lor Sine grandios) s-au cristalizat deseori în jurul superiorităţii lor etice faţă de fraţii (delincvenţi) mai mici.

Ar merita să se studieze specificul influenţei exercitate de personalitatea fraţilor mai mari în câmpul societăţii. Canalizarea diverselor sentimente de rivalitate pregenitală şi genitală, a geloziei şi invidiei către atitudini de superioritate morală şi intelectuală este pronunţată în special la fetele ce au fost confruntate cu naşterea unui frate în perioada de latenţă timpurie. Încercarea lor de a depăşi lovitura narcisică printr-o atitudine de dispreţ şi de superioritate moral-intelectuală faţă de noul sosit, cât şi realizările lor din şcoală devin foarte importante pentru ele. La fel şi răspunsurile parentale legate de succesele lor din aria atletică, intelectuală şi a realizărilor culturale. Astfel de femei pot să se transforme mai târziu în persoane ambiţioase din punct de vedere intelectual şi cultural, preocupate de zona socială, foarte responsabile şi care se zbat cu dârzenie să-şi depăşească resentimentele faţă de bărbaţii mai tineri şi să le transforme în atitudini de protecţie şi ghidare. În munca unui analist, astfel de femei vor contribui deseori cu atuuri semnificative în câmpul moralităţii ferme şi

a capacității intelectuale. Așa cum este de așteptat, dificultățile lor sunt prezente în aria ostilității nerezolvate față de figurile fraterne mai mici. Și, ceea ce este mai important, pentru că este mai ușor de raționalizat, ele au tendința de a substitui ceea ce pare a fi pentru ele o atitudine prea pasivă a analistului cu o instanță mai activă de educator, dojenitor și ghid. Analistul este încântat în aceste situații să asiste pacienta la îndepărtarea obstacolelor ce stau în calea eliberării propriei ei personalități, a potențialurilor și inițiativelor ei.

Părăsind aceste detalii, ne întoarcem acum la subiectul principal. Reactivarea coezivă a Sinelui grandios în analiză se produce în trei forme; acestea au legătură cu etape specifice ale dezvoltării structurii psihice la care a condus regresia patognomonică: (1) Fuziunea arhaică prin extinderea Sinelui grandios; (2) o formă mai puțin arhaică pe care o vom numi transferul de tip alter-ego sau gemelar și (3) o formă și mai puțin arhaică la care vom face referire ca fiind transferul-oglindă în sensul restrâns.

Fuziunea prin extinderea Sinelui grandios

În cea mai arhaică formă, elaborarea cognitivă a obiectului investit narcisic este cel mai puțin pusă în evidență: analistul este trăit ca o extensie a Sinelui grandios și este perceput ca și cum ar fi devenit purtătorul grandorii și exhibiționismului ce aparțin Sinelui grandios al analizandului. Și tot analistul este perceput ca purtător al conflictelor, tensiunilor și apărărilor ce sunt provocate de manifestările structurii narcisice astfel activate. În termeni metapsihologici, relația cu analistul e una de identificare (primară). Din punct de vedere sociologic (sau socio-biologic), o putem numi fuzională (sau simbiotică). Trebuie să avem în minte faptul că nu este o fuziune cu un obiect idealizat (spre care tinde și care este creat temporar în transferul idealizant), ci este o trăire a Sinelui grandios ce își diluează mai întâi granițele, în mod regresiv, pentru a-l include pe analist. Apoi, după ce această expansiune a limitelor sale a fost realizată, se folosește de siguranța relativă a acestei noi structuri cuprinzătoare

pentru a performa anumite sarcini terapeutice. Analogia citată în mod repetat, cea dintre trăirea obiectului investit narcisic şi trăirea narcisică a propriului corp, a minţii şi a funcţiilor acestora, este prin excelenţă cea mai potrivită pentru acest stadiu (chiar dacă nuanţele acestei trăiri specifice a obiectului investit narcisic nu dispar în totalitate din celelalte forme de remobilizare a Sinelui grandios). Odată ce, în reluarea acestui stadiu timpuriu de identificare primară cu obiectul, analistul este perceput ca şi cum ar fi o parte din Sine, analizandul — mobilizat de specificul regresiei terapeutice — se aşteaptă să aibă o dominanţă de necontestat asupra acestuia. Ţinta acestui mod arhaic de investire libidinală narcisică este deci analistul, ce resimte, în mare parte, această relaţie ca fiind una opresivă şi tinde să se revolte împotriva absolutismului de necontestat şi a tiraniei cu care pacientul se aşteaptă să îl controleze.

Transferul de tip alter-ego sau gemelar

Într-o formă mai puţin arhaică a activării Sinelui grandios, obiectul investit narcisic este perceput ca fiind precum Sinele grandios, deci similar cu acesta. Această variantă a activării Sinelui grandios va fi denumită transfer de tip alter-ego sau gemelar. Vise, şi în mod special fantasme, ce fac referire la o relaţie cu un astfel de alter-ego sau geamăn (sau dorinţe conştiente pentru o astfel de relaţie) se întâlnesc frecvent în analiza personalităţilor narcisice. Regresia terapeutică patognomonică este caracterizată de faptul că pacientul presupune că analistul este fie ca el, fie similar lui, sau că structura psihică a analistului este similară cu a sa.

Transferul-oglindă în sens restrâns

În forma cea mai matură a mobilizării Sinelui grandios, analistul este perceput clar ca o persoană separată. Totuşi, el este important pentru pacient şi e acceptat de acesta doar în contextul creat de nevoile generate de activarea terapeutică a

Sinelui grandios. Și, de fapt, aceasta este forma de reactivare a Sinelui grandios pentru care se potrivește cel mai bine termenul de „transfer-oglindă“. În acest transfer-oglindă (în sens restrâns), are loc reiterarea fazei normale de dezvoltare a Sinelui grandios în care stima de sine a copilului este confirmată prin licărirea din privirea mamei, ce oglindește manifestările exhibiționiste ale copilului, precum și prin alte forme de implicare maternă, ca răspuns la bucuria narcisic-exhibiționistă a celui mic. Mai departe, prin creșterea graduală a selectivității acestor răspunsuri, mama începe să le canalizeze spre direcții mai realiste. La fel cum a fost mama în acel stadiu de dezvoltare, tot așa e și analistul acum: un obiect care este important doar în măsura în care participă la plăcerea narcisică a copilului, adică i-o confirmă. Ocazional, deși foarte rar, în analiză apar și vise ce portretizează o relație (a Sinelui) cu cineva care este văzut ca prin oglindă (analistul ca suprafață de reflectare a Sinelui grandios). Cu toate că astfel de vise pot apărea în analiza unei nevroze de transfer, unde pot simboliza pur și simplu procesul de autoexaminare, în rest nu le-am observat decât atunci când, în relația cu terapeutul, era mobilizată o cantitate importantă de investire instinctuală a Sinelui grandios. Relația de oglindire și semnificațiile sale sunt câteodată portretizate clar, deși indirect, de fantasmele, asocierile și produsele sublimării[35] pacienților. Cu toate acestea, fantasme nedeghizate, în care analizanzii să se privească direct în oglindă, nu sunt produse de aceștia nici măcar în punctul culminant al activării terapeutice a Sinelui grandios. Astfel de fantasme sunt rare deoarece situația poate fi pusă în scenă și raționalizată destul de ușor de către pacient chiar prin gestul concret de a se uita într-o oglindă reală. (Pentru o discuție mai aprofundată despre semnificația psihologică a oglinzii, vezi Elkisch, 1957).

Interacțiunile de bază, cele mai relevante și semnificative, dintre mamă și copil au loc de obicei în zona vizuală: manifestările corporale ale copilului sunt reflectate în licărirea din privirea mamei. Totuși, trebuie subliniat că în multe transferuri-oglindă, în care nevoia ca analistul să reflecte, să aprobe și să confirme joacă un rol important în perlaborare, apariția nedeghizată a dorinței stringente de a fi privit este destul de frecventă (fiind mai mult sau mai puțin sexualizată), ca fenomen regresiv temporar care apare după ce mai multe dorințe inhibate în privința scopului (de a primi atenție și înțelegere) au fost frustrate. Mai mult, în cazul anumitor pacienți ce stabilesc un transfer-oglindă, aria vizuală este deseori clar supraîncărcată de investiri canalizate aici după eșecul altor forme de interacțiune (arhaic orale sau tactile, de exemplu) din câmpul nevoilor narcisice ale copilului. Acceptarea corpului copilului (în special a regiunii orale și periorale, Rangell, 1954) prin răspunsuri tactile conduce în circumstanțe

favorabile la un echilibru de bază în câmpul investirilor narcisice ale Sinelui corporal coeziv. Totuși, dacă mama se ferește de corpul copilului (sau nu poate tolera să își împrumute propriul corp copilului pentru bucuria lui narcisică, obținută prin extensia investirilor sale narcisice care includ corpul ei), atunci interacțiunile vizuale devin suprainvestite. Astfel, prin faptul de a-și privi mama și de a fi privit de ea, copilul încearcă să obțină nu doar gratificări narcisice specifice procesului senzori-vizual, ci se străduiește să substituie eșecurile apărute în aria corporală (orală și tactilă) legată de contacte și apropiere.

De exemplu, pacientului E., a cărui mamă a fost bolnavă cronic și depresivă în timpul copilăriei lui, îi era teamă să se uite la analist de frică să nu îl copleșească pe acesta cu privirea lui. Privirea reprezenta purtătorul dorinței de a fi ținut în brațe și purtat de mamă (și cel mai probabil de a suge la sânul ei), iar el se temea că îndeplinirea acestei dorințe va duce la distrugerea mamei bolnave.

Pe de altă parte, modalitatea auditivă poate să o înlocuiască pe cea vizuală dacă există un deficit în aria vizuală. Această variantă interesantă este clar portretizată într-un film de Burlingham și Robertson (1966) despre niște copii orbi dintr-o creșă. Filmul prezintă o scenă mișcătoare în care o fetiță oarbă răspunde cu o bucurie narcisică nedeghizată când recunoaște dintr-odată că se aude propria ei voce pe o bandă înregistrată. Aici, banda înregistrată îndeplinește rolul unei oglinzi.

Astfel, putem conchide că răspunsul entuziast al mamei, în care îi spune copilului pe nume în timp ce se bucură de prezența și activitățile lui (deci îl apreciază în integralitatea lui), sprijină la nivel de dezvoltare evoluția de la autoerotism la narcisism — de la stadiul Sinelui fragmentat (stadiul nucleelor Sinelui) la stadiul Sinelui coeziv. Cu alte cuvinte, este sprijinită dezvoltarea unei trăiri a Sinelui ca uniune corporal-psihică definită de coeziune în spațiu și continuitate în timp.[36] Pe de altă parte, percepția funcțiilor psihice și corporale de-o manieră izolată, care precede stadiul Sinelui coeziv (stadiul narcisic), nu trebuie, desigur, să fie considerată ca ceva patologic, ci înțeleasă în acord cu fazele timpurii de dezvoltare. În plus, nu trebuie uitat faptul că acea capacitate de a se bucura de părți separate ale corpului (și de funcțiile sale) și de activități psihice singulare se păstrează și după ce coeziunea trăirii Sinelui a fost ferm stabilită. Astfel, în aceste stadii mai târzii, adulții, ca și copiii, se pot bucura de părțile componente ale corpului și minții (și de funcțiile acestora) pentru că au încredere că acestea aparțin unui Sine întreg și bine stabilizat — altfel spus, nu există amenințarea unei fragmentări. Și știm că cei mici se bucură de acele jocuri

în care unele părţi din corp sunt din nou izolate — număratul degetelor, de exemplu: „Degetul mare pleacă la plimbare, arătătorul aduce paltonul, mijlociul duce pardesiul, inelarul duce fularul, degetul mic nu duce nimic…“. Astfel de jocuri par să facă referire la unele temeri uşoare legate de fragmentare într-o perioadă în care coeziunea Sinelui nu este încă bine consolidată. Totuşi, tensiunea este menţinută în anumite limite (aşa cum este controlată şi anxietatea de separare în jocul de-a cucu-bau — cf. Kleeman, 1967) şi, când se ajunge la ultimul deget, mama empatică şi copilul anulează fragmentarea prin râsete şi îmbrăţişări.

Sentimentul realităţii Sinelui, expresie a coeziunii sale datorată investirii ferme cu libido narcisic, conduce atât la un sentiment subiectiv de stare de bine, cât şi, secundar, la o mai bună funcţionare a Eului. Această funcţionare poate fi constatată în mai multe feluri — ca de exemplu, prin creşterea capacităţii de a lucra şi a eficienţei muncii — atunci când sporeşte coeziunea experienţei de Sine. Pe de altă parte, pacienţii vor încerca să contracareze sentimentul dureros legat de fragmentarea Sinelui printr-o multitudine de acţiuni în forţă, pornind de la stimulări fizice şi activităţi sportive, până la munca excesivă în profesiile lor.[37] Impresia înşelătoare că, prin prea multă muncă, a fost precipitată o psihoză (vezi, de exemplu, D.P. Schreber, 1903) este bazată pe faptul că pacientul, simţind apropierea rapidă şi periculoasă a fragmentării Sinelui (ce precede apariţia clară a unei psihoze), încearcă să o contracareze prin acea activitate frenetică[38].

Mai poate fi adăugat aici faptul că multe dintre perturbările severe de la locul de muncă ale pacienţilor noştri sunt cauzate, din experienţa mea, de faptul că Sinele este slab investit cu libido narcisic şi este deci ameninţat în mod cronic cu fragmentarea, ceea ce se vede şi în reducerea eficienţei Eului. Astfel de oameni sunt fie incapabili cronic să muncească, fie (de vreme ce Sinele lor nu participă) sunt capabili să muncească doar într-un mod automat (ca un fel de activitate izolată a unui Eu autonom, fără participarea Sinelui la nivelul de profunzime). Un astfel de mod automat poate consta în a lucra pasiv, fără plăcere sau iniţiativă, doar răspunzând la semnale şi cereri externe. Uneori, chiar şi conştientizarea pacientului legată de această perturbare a muncii (destul de frecventă la personalităţile cu tulburări narcisice) apare doar în cursul unei analize de succes. Pacientul va comunica într-o zi că munca lui s-a schimbat, că acum se bucură de munca lui, că acum poate să aleagă dacă să muncească sau nu, că munca se supune acum iniţiativei lui şi că el nu mai este doar un robot pasiv. Sau observă că abordarea sa are acum un plus de originalitate şi nu mai reprezintă o rutină sau ceva monoton: un Sine viu din profunzime a devenit

centrul organizator al activităţilor Eului (Hartmann, 1939/1947).

În timp ce o relaţie cu un părinte empatic şi validant este una dintre precondiţiile pentru instituirea originară a unei investiri ferme a Sinelui şi în timp ce în analiză tulburările din această arie sunt aduse în conştiinţă pentru a fi corectate, secvenţa de evenimente opusă (mişcarea dinspre Sinele coeziv către fragmentarea sa) poate fi deseori observată atât în analiză, cât şi în interacţiunea copilului cu părinţii săi patogeni. De exemplu, fragmentarea Sinelui poate fi studiată la pacienţii care, cu ajutorul prezenţei şi atenţiei analistului, au restabilit cât de cât un sentiment de coeziune şi continuitate a Sinelui, dar care, de fiecare dată când transferul-oglindă (în oricare dintre cele trei forme) nu poate fi menţinut, se simt ameninţaţi de dizolvarea unităţii narcisice a Sinelui. Aceşti pacienţi resimt instalarea regresivă a suprainvestirii părţilor izolate ale corpului şi minţii (ceea ce se vede în hipocondrie) şi fac apel la mijloace patologice (precum activităţile sexuale perverse) cu scopul de a stopa cursul regresiei. Ocazional, pacienţii vor dezvălui anumite comportamente parentale care par să fi fost menite, în mod sadic, să le împiedice sentimentul de plăcere faţă de Sinele lor integrat şi să aducă la suprafaţă un sentiment dureros de fragmentare.

De exemplu, pacientul B. şi-a amintit din copilărie de următoarea reacţie distructivă a mamei sale. Când îi povestea cu entuziasm despre vreo realizare sau trăire de-ale lui, mama sa era nu doar rece şi neatentă, dar, în loc să îi răspundă copilului şi să facă referire la evenimentul relatat, dintr-odată aducea o critică negativă legată de un detaliu al modului în care el arăta sau se purta („Nu îţi mai mişca mâinile în timp ce vorbeşti!“ etc.). Această reacţie probabil că a fost resimţită de el atât ca o respingere a nevoii sale de a primi un răspuns de confirmare, cât şi ca o distrugere activă a coeziunii trăirii Sinelui, prin mutarea atenţiei către o parte a corpului său. Iar acest fapt se întâmpla tocmai în momentul când el îşi oferea Sinele său întreg pentru aprobare.

Analistul empatic va ţine seama — conştient sau intuitiv — de mesajul din acest exemplu şi va realiza că sunt într-adevăr momente în analiză când chiar şi cea mai pertinentă şi corectă interpretare despre un mecanism, o apărare sau orice alt detaliu al personalităţii pacientului este deplasată şi chiar inacceptabilă pentru pacientul care se aşteaptă la un răspuns înţelegător legat de un eveniment recent din viaţa sa, de o realizare sau ceva asemănător. Să mai spunem că acele voci severe care-i vorbesc deseori paranoicului şi care-l critică legat de unele aspecte ale comportamentului, legat de felul cum arată etc. pot fi înţelese nu doar ca o critică venită de la proiecţia Supraeului, dar şi ca expresia unui sentiment de

fragmentare. Acest sentiment provine din insuficienta dezvoltare a capacității psihice a pacientului de a menține o investire solidă a Sinelui.

Oricare ar fi vicisitudinile dezvoltaționale ale investirii instinctuale a Sinelui din psihozele majore și oricare ar fi genetica și dinamica din aceste tulburări severe, în tratamentul tulburărilor de personalitate narcisică (de care se ocupă studiul de față), fluctuațiile investirii Sinelui corelează cu starea transferului narcisic. Cele trei forme ale reactivării Sinelui grandios ce corespund, așa cum am arătat mai devreme, cu cele trei stadii diferite de dezvoltare ale Sinelui grandios pot fi identificate prin manifestările clinice diferite. Cum cea mai veche formă constă în restabilirea în transfer a unei identități arhaice cu obiectul (prin extinderea Sinelui grandios), obiectul transferențial aproape că nu există în stare separată. Iar elaborările obiectului din materialul asociativ sunt fie absente, fie foarte rare sau neobservabile. Din cauza faptului că în transferul de tip alter-ego (gemelar) nu se stabilește o identitate primară cu obiectul, ci o similaritate, acesta corespunde unei faze de dezvoltare mai mature decât cea din care ia naștere transferul fuzional. Elaborarea obiectului prin materialul asociativ este mult mai evidentă, iar analizandul vine cu un grad de separare față de obiect. În fine, odată ce separarea de obiect este stabilită cognitiv mult mai clar în transferul-oglindă în sensul restrâns al termenului, elaborările de obiect sunt în acest stadiu cele mai abundente. Totuși, chiar și aici obiectul este încă investit cu libido narcisic; și se reacționează față de obiect în măsura în care contribuie la (sau intervine în) menținerea homeostaziei narcisice a analizandului.

Totuşi, în ciuda acestor diferențe semnificative, voi depune un mic efort în a identifica forma specifică a Sinelui grandios ce este mobilizată în toate manifestările sale la nivelul transferului-oglindă. De vreme ce manifestările transferului-oglindă în sensul restrâns reprezintă clar produsele cele mai cunoscute și cele mai ușor de identificat ale mobilizării terapeutice ale Sinelui grandios, acest termen (de „transfer-oglindă“) este cel mai sugestiv cu privire la întregul grup al fenomenelor relevante și înrudite. În cele din urmă, problema principală nu o reprezintă modul specific al interacțiunii transferențiale prin care analistul devine implicat în mobilizarea Sinelui grandios al pacientului. Problema principală se referă la faptul că transferul determină (re)stabilirea unei relații obiectuale narcisice durabile și coezive care, per total, precede dezvoltarea iubirii de obiect a copilului și în orice caz este independentă de stadiul de dezvoltare atins de iubirea de obiect. Este relativ neimportant dacă pacientul îl folosește pe analist (la nivel fuzional) ca pe o extensie a exhibiționismului său arhaic clivat sau refulat, dacă îl percepe pe analist (în transferul de tip alter-ego)

ca un purtător separat al perfecţiunii sale (refulate) sau dacă îi cere analistului (în transferul-oglindă) un ecou şi o confirmare a măreţiei sale, adică un răspuns aprobator legat de exhibiţionismul său. Principalul beneficiu terapeutic ce reiese din starea transferenţială stabilită prin activarea Sinelui grandios constă în faptul că îi dă pacientului posibilitatea să mobilizeze şi să menţină procesul perlaborării în care analistul devine un amortizor terapeutic şi potenţează controlul gradual al fantasmelor şi impulsurilor narcisice ego-distonice.

Mai departe, un ultim set de argumente în favoarea folosirii termenului de „transfer-oglindă“ pentru întreg grupul de fenomene transferenţiale în care este mobilizat, la nivel de terapie, Sinele grandios: poate fi adevărat că transferul-oglindă în sens restrâns este singurul care corespunde, cel puţin cu aproximare, unei faze de dezvoltare recognoscibile, în timp ce fuziunea silenţioasă cu analistul, prin extensia Sinelui grandios al pacientului, şi transferul de tip alter-ego (gemelar) reprezintă reinstaurări ale poziţiilor regresive produse în copilăria timpurie (preoedipiană) după eşecul stadiului-oglindă. Deşi indubitabil există stadii normale de dezvoltare a identităţii primare cu obiectul, respectiv a unei relaţii primare cu un alter-ego al Sinelui (etape aflate înainte de stadiul-oglindă sau suprapunându-se cu începuturile sale), transferul clinic manifest nu reinstaurează aceste forme primare, ci apariţia lor secundară din copilărie, după eşecul funcţiilor de oglindire ale mamei. (Relaţia este similară cu cea pe care o întâlnim în nevroza compulsivă unde analitatea de care se apără pacientul nu reprezintă reactivarea stadiului anal originar, ci reactivarea întoarcerii regresive la analitate în perioada latentă timpurie, după o retragere din cauza unor zdrobitoare anxietăţi oedipiene de castrare.)

Este greu să reconstruieşti trăirea copilului din identificarea sa primară cu obiectul şi din relaţia primară cu alter-egoul (gemelaritate). Aceste stadii se petrec foarte timpuriu, înainte ca orice fel de comunicare verbală să poată sprijini empatia noastră. Cu toate acestea, stadiul-oglindă se continuă şi în stadiul verbal şi interacţiunile dintre părinte şi copil sunt, astfel, mult mai accesibile pentru înţelegerea empatică, chiar şi cele aflate la începuturile preverbale (vezi, de exemplu, descrierea lui Trollope legată de „venerarea bebeluşului“, aşa cum este citată în Kohut, 1966a). Totuşi, unii precursori secundari, ce apar regresiv în transferurile fuzional şi gemelar de mai târziu, sunt mai accesibili în copilărie, aşa încât analiza adulţilor poate aduce mai uşor la suprafaţă acele amintiri legate de singurătatea înspăimântătoare din copilărie (însoţită de fuziuni aproape delirante cu ceilalţi) sau de parteneri de joacă imaginari şi obiecte tranziţionale cu trăsături de tipul alter-egoului.

Trebuie recunoscut faptul că și cele mai pure forme de transfer-oglindă (în sensul restrâns al termenului) pe care le întâlnim în analiza tulburărilor de personalitate narcisică nu reprezintă replici directe ale unei faze de dezvoltare normală. Chiar și acestea reprezintă niște versiuni modificate regresiv ale cererilor copilului pentru atenție, aprobare și pentru un ecou care să-i confirme prezența; astfel, chiar și aceste transferuri vor conține un amestec de tiranie și hiperposesivitate ce trădează elemente pulsionale oral-sadice și anal-sadice produse de frustrări și dezamăgiri intense. Cu toate acestea, transferul-oglindă în sensul restrâns este mai aproape de reprezentarea unei reinstaurări în terapie a fazei normale de dezvoltare (aceasta, în comparație cu transferurile fuzional și gemelar). Iar într-o analiză condusă corect, ultimele două tind să se transforme gradual în cel anterior, iar transferul-oglindă tinde să devină tot mai similar cu faza normală de dezvoltare; adică elementele sadice se diminuează și cererile de afecțiune și reacție se revigorează și aproximează acea dăruire de plăcere ce este întâlnită în etapa normală de oglindire din istoricul interacțiunilor părinte-copil.

Cele trei tipuri de reactivare terapeutică a Sinelui grandios nu corespund doar unor stadii diferite din dezvoltarea acestei structuri psihice, ci sunt de asemenea recognoscibile și prin manifestările clinice clar diferite. Totuși, în ciuda diferențelor fenomenologice și de dezvoltare, efectul dinamic și clinic al celor trei subtipuri de reactivări transferențiale ale Sinelui grandios este același: (1) în toate cele trei forme analistul devine figura în jurul căreia se poate stabili un grad de constanță a obiectului în câmpul narcisic, oricât de primitiv ar fi obiectul; și (2) cu ajutorul acestui obiect stabil (mai mult sau mai puțin investit narcisic), transferul contribuie la menținerea coeziunii Sinelui analizandului, în toate cele trei forme.

Faptul că analistul poate fi cooptat în sprijinul acestei structuri investite coeziv dovedește două lucruri: (a) din punct de vedere genetic, formarea unui Sine grandios coeziv (uneori menținut într-o formă precară) a fost într-adevăr realizată până la un punct în copilărie; și (b) prezența oglinditoare a analistului, prin funcția de ecou, de ascultare și de percepere reîntărește acum forțele psihice care mențin coeziunea acestei imagini de sine — oricât de nerealistă și arhaică ar fi (după standardele adulte).

Exemple clinice

Eficacitatea transferului-oglindă în a menţine coezivitatea Sinelui poate fi demonstrată cel mai bine prin prezentarea unor exemple clinice în care ameninţarea unei regresii mai adânci perturbă echilibrul transferenţial existent. Prin punerea în contrast a transferului-oglindă cu stări regresive mult mai primitive, va fi mai uşor de demonstrat conţinutul său specific, cât şi efectul său. Analog cu oscilaţiile temporare către dezintegrarea imagoului părintelui idealizat (proces care apare când este perturbat transferul idealizant şi care e nepreţuit din punct de vedere terapeutic, fiind sursă de insighturi)[39], întâlnim astfel de stări regresive şi ca urmare a perturbării transferului-oglindă. Esenţa lor metapsihologică este fragmentarea temporară a Sinelui coeziv (a unităţii corp-minte) investit narcisic şi concentrarea temporară a investirilor instinctuale înspre părţi ale corpului şi înspre funcţii mentale izolate sau acţiuni izolate. Acestea sunt percepute ca fiind deconectate în mod periculos de un Sine precar construit sau care se destramă.

Perturbarea echilibrului din transferul-oglindă, urmată de ameninţarea regresiei care duce la fragmentare, va fi ilustrată acum cu ajutorul unor cazuri specifice.

Dl B. a fost în analiză cu o colegă timp de trei luni. Pacientul, un asistent universitar în jur de douăzeci şi cinci de ani, a venit în analiză aparent din cauza unor tulburări de comportament sexual şi a ruperii căsniciei. În ciuda naturii bine circumscrise a simptomelor prezentate de el, suferea de o tulburare de personalitate vagă, dar extinsă, resimţită prin stări severe de tensiune ce alternau cu un sentiment dureros de gol. Ambele la limita dintre trăirea fizică şi psihică. În plus, pacientul se simţea ameninţat de stări de furie bruscă, ce creşteau în intensitate, asemănătoare unor crize de furie.

La câteva săptămâni de la începerea analizei (şi fără vreo intervenţie nejustificată din partea analistei) pacientul a început să resimtă analiza ca fiind foarte liniştitoare. Pacientul o descria ca fiind „ca o baie caldă“ (o analogie semnificativă, bazată pe trăirea externă a faptului că reglarea temperaturii furnizată de o baie caldă are ca efect restabilirea echilibrului narcisic al celui ce se îmbăiază, dar şi pe faptul că uşoara stimulare fizică pe care o furnizează duce la creşterea simţului de coeziune a Sinelui corporal). În cursul fiecărei ore de analiză şi treptat, de la o săptămână la alta, tensiunile sale şi sentimentul dureros de gol s-au diminuat. Iar pacientul a comunicat faptul că munca lui s-a îmbunătăţit şi că acum era şi se simţea mult mai productiv. Cu toate acestea, în

weekenduri tensiunea creştea considerabil, pacientul începea să se îngrijoreze în legătură cu funcţiile sale fizice şi mentale, avea vise ce înfăţişau violenţă şi ameninţări distructive şi era înclinat să reacţioneze cu o furie bruscă la iritări minore. Dar începea deja să realizeze că tensiunile sale erau legate de separarea de analistă (chiar dacă era încă evident preocupat de faptul că soţia sa ar putea să îl uite sau să se mai gândească la el).

În timpul unei ore de analiză din această perioadă a simţit dintr-odată un sentiment de plenitudine, de bunăstare, de încredere sporită în sine şi o diminuare a tensiunii şi a golului intern după ce analista i-a vorbit, începând cu precizarea „Aşa cum mi-ai spus acum o săptămână…“. Pacientul a exprimat o plăcere intensă legată de faptul că analista şi-a amintit ceva spus de el într-o oră precedentă. În urma reacţiei pacientului, analista a rămas cu impresia că, pe axa timpului, aici, în acest caz, coeziunea trăirii de Sine a pacientului a fost asigurată prin faptul că a fost ascultat, că i s-a răspuns empatic şi că a fost ţinut minte (altfel spus, funcţiile de oglindire ale analistei i-au permis pacientului să producă o investire cu libido narcisic a Sinelui său grandios reactivat).

Mai poate fi adăugat aici faptul că mulţi pacienţi cu tulburări de personalitate narcisică se plâng de prezenţa unui sentiment de fragmentare, constând în mod specific dintr-o senzaţie de separare dintre experienţa Sinelui şi diverse funcţii fizice şi mentale. Fragmentarea temporară a unui Sine aparent insuficient investit, ce vine ca o consecinţă a progresului terapeutic, în care pacientul ajunge să fie absorbit de scopuri externe, apare frecvent şi temporar în perioadele mai târzii ale unei analize de succes a personalităţilor cu tulburări narcisice. Coeziunea mai bună a Sinelui, ce a fost atinsă în analiză, aduce o îmbunătăţire a diferitelor funcţii ale Eului, ceea ce conduce la canalizarea interesului către scopuri vocaţionale şi interpersonale. Fascinat de noua experienţă, pacientul se poate lăsa absorbit de un scop anume şi dintr-odată îşi dă seama că are preocupări anxioase hipocondriace cu privire la funcţiile fizice şi mai ales vizavi de cele mentale. Totuşi, aceste tensiuni tind să dispară repede când pacientul înţelege că această situaţie este cauzată de faptul că Sinele său a fost temporar deprivat de investirea narcisică coezivă ce a fost absorbită, în mod necontrolat, de acţiunile sale. Această înţelegere are loc la început cu ajutorul interpretărilor analistului, pentru ca mai târziu să apară spontan.

De exemplu, dl M., un bărbat în vârstă de treizeci de ani (aflându-se în analiză cu o terapeută pe care o supervizam) îşi percepea munca drept nesatisfăcătoare, în ciuda succesului rezonabil pe care îl avea în profesia sa. Astfel se angajase în

nenumărate activităţi sociale care îl oboseau, dar care erau destinate să şteargă o senzaţie opresivă de gol interior. Procesul perlaborării i-a permis în mod treptat să îşi consolideze Sinele grandios nuclear şi să fie capabil nu doar să se lase purtat de fantasme exhibiţioniste (de exemplu, ideea de a cânta la vioară unui public imaginar numeros), dar şi să se dedice muncii sale obişnuite cu mai mult zel şi iniţiativă. (Muncă ce chiar îi furniza o scenă pentru îndeplinirea dorinţelor exhibiţioniste într-o formă acceptată social.) Totuşi, în timpul unei perioade de tranziţie, pacientul a fost copleşit de nişte atacuri anxioase atât în momentele în care cânta la vioară, cât şi atunci când se lăsa absorbit de munca sa. În fiecare situaţie investigarea detaliată a trăirilor a relevat faptul că anxietatea era cauzată nu doar de o stimulare hipomaniacală ameninţătoare, provocată de intruziunea exhibiţionismului insuficient îmblânzit, ci şi de un sentiment de pierdere a Sinelui (o dezinvestire a Sinelui însoţită de ameninţarea reluării fragmentării) atunci când se abandona scopurilor şi activităţilor sale. Adică atunci când le investea cu libido narcisic. Totuşi, aceste trăiri anxioase aveau loc doar în perioade tranziţionale limitate. Mai târziu, el a devenit capabil să amestece investirea narcisică a activităţilor plăcute şi a scopurilor „Sine-sintonice“ cu o sporire a coeziunii Sinelui ce reprezintă acompaniamentul normal al exercitării cu succes a funcţiilor Eului.

Momentele critice din cursul analizei (precum cel descris din analiza dlui M.), când investirile la nivelul Sinelui sunt în pericol de a fi confiscate de noile scopuri investite, trebuie să fie diferenţiate de condiţia patologică şi cronică ce îi împinge pe oameni să fie tot timpul în acţiune, pentru că doar prin aceste activităţi reuşesc să se simtă vii. Acţiunile lor nu sunt percepute de ei înşişi ca o consecinţă a planurilor, scopurilor şi idealurile lor (acţiunile nu sunt bazate pe o experienţă stabilă a Sinelui), ci reprezintă nişte substitute pentru Sine. Un simptom similar, a cărui existenţă este recunoscută deseori doar în analiză, constă în faptul că pacientul nu se percepe coeziv pe axa timpului. Iniţial, astfel de pacienţi se plâng adesea că nu pot să îşi amintească conţinutul şedinţelor lor terapeutice de la o zi la alta. Această impresie are tendinţa să persiste în mod subiectiv chiar dacă poate fi demonstrat că este obiectiv incorectă de vreme ce pacientul poate de fapt să îşi amintească şedinţele precedente. Prin contrast, astfel de pacienţi (de exemplu, dl B.) încep să se simtă în plan subiectiv întregi şi completi (inclusiv la nivelul continuităţii lor în timp) când analistul dă dovadă că îşi aminteşte relatările şi stările emoţionale precedente ale pacientului — un semn clar al faptului că analistul (în transferul-oglindă) a început să îndeplinească o funcţie (pre)structurală importantă în menţinerea coeziunii Sinelui pacientului.

Episodul din analiza dlui B. exemplifică funcţia transferului-oglindă în reîntărirea coeziunii Sinelui reactivat pe axa timpului. Următoarea vinietă clinică (ce surprinde tot o secvenţă de la începutul analizei) constituie o ilustrare deosebit de instructivă a fragmentării regresive temporare din cadrul reactivării terapeutice a Sinelui grandios. Totuşi, acest episod nu ilustrează ameninţarea la adresa coeziunii Sinelui pe axa temporală (a trăirii Sinelui ca ceva continuu), ci o ameninţare la coezivitatea curentă în amploarea şi profunzimea sa.

Domnul E. era un student ce tocmai terminase facultatea. Avea în jur de douăzeci şi cinci de ani. Deşi iniţial venise la terapie din cauza ruperii căsniciei, a început apoi să releve o varietate de alte dificultăţi, în special tendinţe către fantasme şi activităţi perverse. Detaliile privind psihopatologia sa şi structura slab conturată a personalităţii sale nu vor fi discutate aici. Este suficient de menţionat că voia să obţină o uşurare a tensiunii narcisice dureroase printr-o serie de mijloace perverse. Aceste mijloace erau caracterizate de inconsistenţa diferitelor obiecte investite superficial şi de calitatea schimbătoare a scopurilor sale sexuale, ceea ce indica faptul că pacientul nu îşi putea lua un angajament nici măcar în legătură cu mijloacele prin care el spera să obţină plăcere şi alinare. Când a început să se desfăşoare transferul (narcisic), a devenit din ce în ce mai clar că scopurile voaioriste-exhibiţioniste jucau un rol specific în perversiunile sale. Şi că apela la încercarea de a câştiga satisfacţii în această arie când se simţea ameninţat de respingere.

În acest punct nu voi intra în discuţia factorilor genetici specifici determinanţi, care pot fi surprinşi în timpul analizei (vezi, oricum, capitolul 1). Mă voi rezuma aici la o scurtă prezentare a trăirilor pacientului dintr-un anumit weekend într-o perioadă de început a lungii sale analize. Deşi pacientul începuse deja să realizeze că separările de analist[40] îi afectau echilibrul psihic, el nu înţelegea încă natura suportului specific pe care i-l oferea analiza. În timpul separărilor de weekend, el a încercat (la începutul analizei) să contracareze ameninţarea interioară percepută destul de vag prin folosirea unor diverse remedii. De exemplu, s-a îndreptat către un câmp relativ neafectat de căutări intelectuale; în plus, a avut loc o creştere a preocupărilor homosexuale şi heterosexuale cu implicări ce ajungeau să se termine cu activităţi voaioriste periculoase în toalete publice, acţiuni prin care atingea un sentiment de fuziune cu bărbatul pe care îl privea pe ascuns. Cu toate acestea, în cursul acestui weekend a fost capabil, printr-un act de sublimare artistică, nu doar să evite aceste mijloace rudimentare prin care se proteja împotriva ameninţării dizolvării Sinelui, ci şi să explice natura sentimentului de siguranţă pe care îl primea de la analist. În acest

weekend, pacientul a pictat o imagine a analistului. Cheia înțelegerii acestui produs artistic constă în faptul că analistul nu avea nici ochi, nici nas — locul acestor organe senzoriale era ocupat de analizand. Pe baza acestei dovezi (plus alte materiale, prezente și trecute, ce coroborau această interpretare), concluzia la care s-a ajuns este că sprijinul decisiv în menținerea investirii narcisice a imaginii de sine a pacientului era furnizat de faptul că el era perceput de către analist. În transferul-oglindă, analistul era văzut de acest pacient ca cimentul (narcisic) libidinal ce contracara și prevenea tendința către fragmentare. Pacientul se simțea întreg când credea că este privit cu acceptare de un obiect ce substituia o funcție endopsihică insuficient dezvoltată: analistul furniza un înlocuitor pentru lipsa investirilor narcisice către Sine.

O clarificare conceptuală, la care s-a făcut deja referire în contextul teoretic, poate fi reamintită aici și rediscutată pe fundalul cazului invocat anterior. Trebuie să se facă distincție între (a) coeziunea imaginii Sinelui pacientului (integralitatea Sinelui grandios reactivat), ce poate fi menținută cu ajutorul prezenței (reale sau imaginare) a analistului care unește percepțiile și răspunsurile, și (b) unitatea și coeziunea Eului pacientului și a funcțiilor sale.

Deși cele două concepte se află pe niveluri diferite din punct de vedere abstract (conceptul de Sine fiind mai aproape de observația introspectivă sau empatică; cel al Eului fiind mai departe de aceasta), s-ar putea spune că trăirea unui Sine unitar, ca o consecință a unei investiri narcisice fiabile în imaginea de Sine, reprezintă o precondiție pentru un Eu coeziv și funcțional. Prin contrast, absența unei astfel de investiri tinde să ducă spre un Eu cu funcții dezorganizate. În fine, investirile narcisice din cadrul transferului-oglindă pot remedia perturbările Eului, adică pot să îmbunătățească funcțiile Eului, odată ce este asigurată coeziunea Sinelui. (Pentru o discuție a relației mutuale dintre Eu și Sine, vezi Kohut, 1970a.)

Există în dezvoltarea mai târzie câteva situații similare (dar nu identice) cu aceste două configurații majore ale vieții timpurii: (1) fenomenul de prejudecată naționalistă, rasială și socială în care grupul interior, centrul perfecțiunii și tuturor puterilor, corespunde Sinelui grandios, în timp ce tot ce este imperfect se atribuie grupului exterior (vezi Kaplan și Whitman, 1965; Whitman și Kaplan 1968); (2) relația unui credincios adevărat cu Dumnezeul lui (vezi Jones, 1913), în care figura unui Dumnezeu perfect și omnipotent, cu care credinciosul umil și lipsit de putere vrea să fuzioneze, corespunde cu obiectul arhaic omnipotent al Sinelui, deci cu imagoul părintelui idealizat.

De comparat cu discuția condițiilor analoage referitoare la imagoul părintelui idealizat din capitolul 4, nota 1.

Pentru un exemplu concludent, vezi mai departe cazul dlui E.

În acest context, vezi E. Jacobson (1964), care vorbește despre „dezvoltarea obiectului și constanța Sinelui“ (p. 55).

Și activitatea sexuală, mergând de la anumite practici masturbatorii la care recurg copiii ce suferă de un deficit narcisic cronic, până la nevoia anumitor Don Juani de a-și găsi alinare prin aventuri sexuale, are ca scop contracararea sentimentului de epuizare a Sinelui sau preîntâmpinarea fragmentării Sinelui. O mare parte din activitatea sexuală a adolescenților ce sunt expuși în mod special la reactivarea unor experiențe înspăimântătoare din copilărie (de epuizare sau fragmentare a Sinelui) servește de asemenea unor scopuri predominant narcisice; chiar și adolescenți relativ stabili recurg la astfel de practici, în principal pentru a-și mări stima de sine.

Pentru remarci suplimentare privind influențele reciproce dintre eficiența

funcţiilor Eului şi coeziunea Sinelui, vezi Kohut (1970a).

Vezi discuţia despre acest subiect în capitolul 3; vezi şi cazul dlui G. din capitolul 4.

Această analiză a fost realizată de un terapeut aflat în supervizarea mea, care urma cursurile Institutului de Psihanaliză din Chicago.

Capitolul 6. Tipuri de transfer-oglindă:O clasificare după criterii genetic-dinamice

Clasificarea precedentă a transferurilor, ce apar ca o consecinţă a remobilizării în terapie a Sinelui grandios, a fost bazată pe consideraţii referitoare la etapele de dezvoltare. În acest capitol voi discuta tipurile de transfer-oglindă ce sunt legate nu atât de stadii de maturizare (preformate congenital?) ale Sinelui grandios, ci mai degrabă de factori externi activi în trecut (în copilărie) şi în mediul curent (terapeutic). În mod specific, voi delimita aici trei tipuri diferite — (1) primar; (2) secundar; (3) reactiv. Transferul-oglindă (în sensul larg al termenului) se iveşte în analiză sub trei moduri diferite legate de (a) vicisitudinile Sinelui grandios în timpul copilăriei şi (b) de anumite trăiri curente din cadrul transferului clinic. Mobilizarea terapeutică a Sinelui grandios poate deci să apară fie direct (transfer-oglindă primar), fie ca o retragere temporară dintr-un transfer idealizant (remobilizarea reactivă a Sinelui grandios); fie printr-o repetiţie transferenţială a unei secvenţe genetice specifice (transfer-oglindă secundar).

Transferul-oglindă primar

Nu este nevoie de o discuţie prea lungă în ceea ce priveşte transferul-oglindă primar, de vreme ce această formă constituie modul obişnuit de manifestare clinică a remobilizării transferenţiale a Sinelui grandios. În consecinţă, este suficient să repet, aşa cum a fost subliniat şi în alte locuri, că, având în vedere atitudinea adecvată, non-invazivă a analistului, transferul-oglindă primar va apărea spontan la analizand. Tipul specific de transfer (indiferent că este cel fuzional, cel de tip alter-ego sau un transfer-oglindă în sens restrâns) este determinat de punctul de fixaţie patognomonic. Iar fricile specifice pe care pacientul le trăieşte în timp ce se instalează transferul (de ex., frica de suprastimularea incontrolabilă prin reactivarea exhibiţionismului primitiv; frica

pentru pierderea sentimentului de realitate în contextul intensificării fantasmelor grandioase etc.) sunt legate de tipul specific de transfer ce este pus în mişcare. Desigur, la fel se întâmplă şi cu rezistenţele specifice care, motivate de teama specifică a pacientului, se vor opune instalării transferului. Observaţia atentă a amestecului tentativelor de manifestări transferenţiale cu fricile şi rezistenţele specifice aferente este extrem de valoroasă pentru analist. Aceasta deoarece îi poate oferi indicii cu privire la geneza patologiei şi la dinamica specifică dintre grandoare/exhibiţionism, pe de o parte, şi structurile din jurul personalităţii, pe de altă parte, aspecte care nu vor fi tocmai uşor de deosebit în stadiile mai târzii ale analizei.

Dacă fricile analizandului îi provoacă un disconfort nejustificat sau dacă aceste frici interferează prea mult timp cu aptitudinea sa de a reactiva (interesul pentru) obiectul arhaic al Sinelui (în cadrul remobilizării Sinelui grandios), atunci ar fi de folos ca analistul să explice pacientului semnificaţia acelui impas iniţial. Desigur, astfel de explicaţii nu pot să se refere la un material genetic specific, iar comunicarea asupra reconstrucţiilor genetice efectuate intuitiv de analist ar trebui evitată. Aceasta, pentru că astfel de lămuriri tind să fie percepute de pacient ca o invitaţie la a stabili o relaţie arhaică, non-specifică şi defensivă cu un obiect omniscient. Oricum, dacă analistul se cenzurează în a oferi pacientului clarificări amicale privind dinamica situaţiei curente, atunci acel pacient va vedea că analistul este familiar cu tipul de tulburare de care suferă, se va simţi mai în siguranţă, iar anxietatea şi rezistenţele aferente se vor diminua.

Mobilizarea reactivă a Sinelui grandios

În ciuda importanţei practice a mobilizării reactive a Sinelui grandios, nici în acest caz nu este nevoie de o discuţie detaliată în contextul de faţă. Poziţia acestui proces — ca releu sau ca punct de cotitură —, în cadrul căruia apar oscilaţii tipice pe parcursul analizei tulburărilor de personalitate narcisică, a fost descrisă printr-o diagramă în capitolul 4 (poziţia 2A, diagrama 2). Iar manifestările sale din cursul tratamentului sunt ilustrate de exemple clinice (vezi cazurile lui G. din capitolul 4 şi cazul lui L. din capitolul 10) care ilustrează câteva dintre consecinţele răspunsurilor greşite ale analistului, ca reacţie la un

transfer idealizant.

Retragerea dintr-un transfer idealizant către o mobilizare (reactivă) a Sinelui grandios are legătură cu un detaliu privind tehnica psihanalitică, iar contextul este în esență asemănător cu bine-cunoscutele regresii temporare ce apar ca urmare a unor frustrări obiectual-libidinale în analiza nevrozelor de transfer. Aceste schimbări tipice de investire au loc în contextul mai larg al transferului narcisic — totuși, termenul de „transfer“ (sau, mai precis, de „transfer-oglindă“) nu este potrivit pentru manifestările clinice ale mobilizării reactive a Sinelui grandios. Ce rezultă în urma acestor circumstanțe nu va conduce la o dezvoltare terapeutică pozitivă a Sinelui grandios, ci la o hiperinvestire rapidă a unei imagini a Sinelui grandios, care este apărat, în mod rigid, prin ostilitate, răceală, aroganță, sarcasm și tăcere (poziția 2A în diagrama 2). În multe cazuri regresia ce urmează după dezamăgirea privind obiectul idealizat nu se oprește la nivelul narcisismului arhaic. Ci merge mai departe către suprainvestirea autoerotică, fragmentată, a Sinelui-minte-corp, proces însoțit de trăiri dureroase: îngrijorări hipocondriace și rușine arhaică (poziția 3 din diagrama 2). Între pozițiile de retragere ale narcisismului arhaic (2A) și autoerotism (3), întâlnim ocazional manifestări efemere ale unor fantasme de fuziune aproape delirante asociate cu nesiguranța pacientului cu privire la identitatea sa.

Astfel de identificări primitive, marcate de îngrijorări hipocondriace, au fost deseori trăite, de exemplu, de dl E. (capitolul 5), care, atunci când era dezamăgit de analist, simțea că începe să preia trăsăturile corporale și faciale ale mamei sale decedate. Această primitivizare a expresiei nevoilor sale oral-tactile nesatisfăcute (fapt exprimat la nivelul privirii fuzionale) și a dorinței sale (inhibată în raport cu scopul) de a primi tandrețe și empatie de la o figură maternă a apărut chiar și în stadiile mai avansate ale analizei. Este vorba despre acele stadii în care deja devenise capabil de activități sublimate într-un mod creativ, înlocuind astfel fuziunea primitivă de la nivelul perversiunii sale voaioriste (vezi discuția acestei faze din analiza dlui E. în capitolul 12).

Oricât de rău-prevestitoare ar părea manifestările acestor stări regresive, în cele mai multe cazuri nici analistul, nici pacientul nu se alarmează prea mult din cauza lor. Este adevărat, există și unele cazuri rare în care avem de ce se ne îngrijorăm (de exemplu, vezi cazul dlui G. din capitolul 4, în care severitatea regresiei și intensitatea elementelor pulsionale anale, cu atitudinea paranoică însoțitoare, erau într-adevăr alarmante). Dar în majoritatea cazurilor privitoare la tipurile de patologie cu care se ocupă acest studiu, aceste regresii reprezintă o

parte din procesul terapeutic şi sunt până la urmă acceptate de pacient ca un grăunte pentru moara travaliului analitic ce produce insighturi şi care duce la lărgirea graduală şi la întărirea Eului.

Aceste oscilaţii regresive nu pot fi nici prevenite, dar nici nu pot fi ocolite în procesul terapeutic. Dată fiind vulnerabilitatea narcisică a analizandului, ele nu pot fi evitate de vreme ce niciun analist nu are o empatie perfectă. Cum nu este nici empatia unei mame faţă de nevoile copilului ei. Şi, aşa cum s-a afirmat mai devreme, înţelegerea rezultată din cercetarea lor terapeutică este de mare importanţă pentru pacient. Totuşi, munca analitică nu se concentrează pe poziţia regresivă în sine (care semnifică o retragere de la transferul narcisic analizabil). Iar interpretarea izolată cu privire la conţinutul manifestărilor Sinelui grandios arhaic sau la îngrijorările hipocondriace ale pacientului şi sentimentul său de ruşine ar fi un demers nefructuos, ar fi eroare tehnică. Odată ce contextul dinamic al oscilaţiei curente a fost clarificat, nu mai este nevoie să evităm reconstrucţia empatică a sentimentelor din copilărie ce corespund sentimentelor ce acompaniază poziţia regresivă temporară din analiză. Astfel poate fi făcută o analogie dintre îngrijorările hipocondriace ale pacientului din prezent şi îngrijorările vagi legate de sănătate ale unui copil singur ce se simte neprotejat şi ameninţat. Şi, în felul acesta, se facilitează înţelegerea pacientului cu privire la semnificaţia mai profundă a condiţiei sale actuale, cât şi a rădăcinilor sale genetice. Totuşi, sarcina primară a analistului, în aceste momente critice, rămâne să descifreze direcţia globală a terapiei, iar interpretările sale trebuie să se concentreze în primul rând pe evenimentul traumatic ce a declanşat retragerea pacientului.

Transferul-oglindă secundar

În majoritatea cazurilor, transferul-oglindă evoluează gradual pornind, la începutul tratamentului, de la un transfer-oglindă primar; totuşi, în câteva cazuri acesta este precedat iniţial de o scurtă fază de idealizare. Semnificaţia transferului-oglindă secundar este mai puţin vizibilă decât cea a mobilizării reactive a Sinelui grandios. Iar conotaţiile genetice ale apariţiei sale au nevoie de o examinare specială.

În timpul perioadei de început din analiza anumitor personalităţi narcisice aparent egocentriste şi absorbite de sine, prezenţa temporară a unui transfer idealizant este neîndoielnică. Chiar şi când această atitudine idealizantă a pacientului nu este perturbată de interpretări premature sau de alte intervenţii active sau pasive din partea analistului, de obicei dispare repede. Apoi este înlocuită de semne clare (în comportamentul pacientului şi în asocierile libere) ce indică faptul că s-a produs o deplasare de la mobilizarea obiectului idealizat către mobilizarea Sinelui grandios. Şi că transferul-oglindă s-a instalat (în oricare din cele trei subtipuri de dezvoltare). Acest fapt persistă pe întreaga durată în care procesul sistematic de perlaborare se concentrează pe integrarea Sinelui grandios remobilizat. Idealizarea iniţială a analistului trebuie înţeleasă de obicei ca o manifestare a unui pas intermediar specific pentru regresia terapeutică a analizandului. În astfel de situaţii observăm, în visele şi amintirile pacientului, imagini ale unor figuri pe care pacientul le-a admirat şi idealizat în viaţa timpurie, deşi apariţia lor este evident clar legată de atitudinea sa curentă faţă de analist. Sau întâlnim exprimarea directă a admiraţiei pentru analist.

Un exemplu clinic legat de primul mod de idealizare (imagini ale unor figuri admirate în vise în partea de început a analizei) ce precede transferul-oglindă secundar va fi introdus mai târziu în contextul unei discuţii cu privire la tendinţa unor analişti (câteodată activaţi de contratransferul lor) să răspundă cu interpretări premature şi eronate când sunt idealizaţi de pacienţii lor. Cazul dnei L. (capitolul 10) constituie aproape cu certitudine un exemplu de atitudine transferenţială idealizantă trecătoare exprimată indirect în visele iniţiale din analiză. În acest caz idealizarea a reinstalat o încercare scurtă de a organiza valul de tensiuni narcisice ameninţătoare prin idealizarea unui preot admirat în adolescenţa timpurie. Acest impas din analiză (produs din greşeala analistului) a întârziat nu atât continuarea transferului idealizant, ci canalizarea cererilor exhibiţioniste ale Sinelui grandios către un transfer-oglindă cu care să se poată lucra.

Un exemplu clinic pentru al doilea tip de idealizare (exprimarea directă a admiraţiei conştiente pentru analist) ce precedă transferul-oglindă secundar este prezent în mare măsură (chiar dacă legat mai întâi de un alt context) în analiza dlui K. (capitolul 9). În timpul unei perioade scurte de la începutul analizei acestui pacient, el şi-a exprimat deschis marea admiraţie pentru analist şi a idealizat comportamentul analistului, felul în care arăta, capacităţile sale mentale şi fizice. Idealizarea temporară a reluat o tentativă de idealizare, întreruptă în timpul copilăriei pacientului (avea cam trei ani şi jumătate atunci), care fusese

direcţionată către tatăl său. Atunci, după naşterea unui frate, atitudinea mamei pacientului s-a schimbat brusc. De la o admiraţie necritică, mama a trecut la o respingere critică faţă de băiatul de trei ani şi faţă de cererile sale pentru atenţie. Copilul a încercat să facă faţă acestei frustrări narcisice intense, poziţionându-şi tatăl ca pe o imagine idealizată pe care să o admire şi de care să se ataşeze. Totuşi, încercarea sa a eşuat din mai multe motive, mai ales din acela că tatăl pacientului a fost incapabil să accepte rolul pe care fiul i l-a atribuit. Deşi tatăl avea destule succese externe, acesta pare să fi suferit de o tulburare severă a stimei de sine, ceea ce a condus la această incapacitate. Astfel, în loc să îi permită copilului să îl glorifice şi de aici să obţină un simţ al gratificării narcisice şi un echilibru prin ataşamentul la o figură admirată, tatăl a respins admiraţia copilului, i-a criticat şi minimalizat dorinţa sa de a construi un ataşament prin identificare.

Încercările copilului de a crea o imagine idealizată a tatălui au fost astfel întrerupte, iar copilul s-a retras către atitudini şi activităţi create cu scopul de a reînvia echilibrul narcisic care-i definise viaţa în perioada timpurie. Acum el încerca să îşi crească stima de sine prin reinstaurarea vechii grandiozităţi şi a afişării exhibiţioniste ce au fost stimulate odată de mama sa. Mai precis, el s-a îndreptat către o punere în scenă a căutărilor grandioase şi exhibiţioniste în forma unor activităţi atletice care au persistat de-a lungul vieţii sale adulte şi au devenit punctul nodal al succeselor şi eşecurilor sale de mai târziu. Detaliile relevante legate de dezvoltarea personalităţii acestui pacient nu vor fi prezentate în acest moment. Prezenta vinietă referitoare la perioada crucială (genetic vorbind) din viaţa sa timpurie a fost expusă doar pentru a arăta cum secvenţa instaurării transferului narcisic din analiză (o perioadă de idealizare iniţială, urmată de un transfer-oglindă secundar) repetă o secvenţă de evenimente din copilăria sa (scurta încercare de idealizare ce a fost urmată de întoarcerea la hiperinvestirea Sinelui grandios).

Chiar dacă sunt exprimate deschis sau mascat, direct sau aluziv către analist, din punct de vedere metapsihologic, aceste idealizări trecătoare constituie reînvierea a ceea ce a constituit un pas înainte în cadrul uneia dintre cele mai importante direcţii de dezvoltare ale narcisismului, care nu a fost finalizată cu succes în copilărie. Mai precis, este vorba despre încercarea de a stabili un imago al părintelui idealizat, ca precursor al internalizării sale sub forma unui Supraeu idealizat. Astfel, spre deosebire de acele oscilaţii temporare de la imagoul părintelui idealizat către Sinele grandios ce au loc mai târziu în terapie (mobilizarea reactivă a Sinelui grandios), trecerea de la mobilizarea imagoului

părintelui idealizat către cea a Sinelui grandios repetă în aceste cazuri o serie de secvenţe specifice din copilăria analizandului: (a) tentativa de idealizare a unui obiect din copilărie; (b) o intervenţie (traumatică) asupra idealizării; (c) hiperinvestirea în (întoarcerea la) Sinele grandios. Nici perioada scurtă de idealizare, nici trecerea spontană către Sinele grandios ce îi urmează nu trebuie discreditate. Deoarece această serie de secvenţe constituie repetiţia transferenţială esenţială a unor evenimente psihice cruciale din trecut. În consecinţă, analistul nu trebuie să respingă nici idealizarea iniţială, nici încercarea de a o prelungi artificial.

Semnificaţia clinică a idealizării terapeutului, ce precede instaurarea transferului-oglindă secundar, poate lua trei forme.

1. Idealizarea terapeutului poate deveni un test specific la care este supus analistul de către pacient la începutul întâlnirii lor.

2. Idealizarea terapeutului poate fi evaluată ca un prognostic favorabil de vreme ce, în aceste cazuri, procesul perlaborării deschide două căi către remobilizarea investirilor narcisice: (a) oferă oportunitatea pentru o transformare terapeutică a grandiozităţii şi exhibiţionismului Sinelui grandios arhaic în ambiţii realiste şi stimă de sine; şi (b) în timpul fazelor târzii ale tratamentului, când idealizarea reînnoită a analistului (transfer idealizant secundar) a luat locul transferului-oglindă (secundar), oferă oportunitatea unei transformări terapeutice a imagoului părintelui idealizat în idealuri internalizate.

3. În fine, faptul că în aceste cazuri, în timpul fazei de instalare a regresiei terapeutice, o oprire temporară a mişcării regresive a libidoului narcisic la stadiul idealizării poate fi, de asemenea, considerată un indiciu al unui scop terapeutic important. Este ca şi cum un punct neatins din dezvoltarea copilului a fost pentru scurt timp pus în lumină la începutul terapiei, înainte să dispară din nou din câmpul observaţiei.

Ocazional, deşi mai rar şi mai puţin vizibil, un transfer idealizant se poate instaura şi în timpul fazelor mai târzii ale unei analize ce a fost caracterizată de

prezența transferului-oglindă de la începutul tratamentului (transfer-oglindă primar). În astfel de cazuri — ca în toate cazurile de transfer idealizant secundar ce urmează unui transfer-oglindă secundar — procesul perlaborării constă din două faze: una timpurie, în care transferul-oglindă este punctul central al analizei; și una mai târzie, în care travaliul analitic se ocupă de apariția idealizării coezive care s-a ivit ulterior.

Capitolul 7. Procesul terapeutic în transferurile-oglindă

Care este scopul şi care este conţinutul specific procesului de perlaborare din timpul analizei Sinelui grandios? Aşa cum a fost menţionat în discuţia de mai devreme referitoare la procesul de perlaborare din transferul idealizant, este mai bine să se înceapă prin compararea procesului de perlaborare axat pe Sinele grandios din transferul-oglindă, pe de o parte, cu acţiunea terapeutică analoagă şi bine-cunoscută din transferul nevrotic, pe de altă parte.

Agentul terapeutic crucial al tratamentului psihanalitic al nevrozelor de transfer se referă la interpretarea dorinţelor îndreptate spre obiect (şi a apărărilor la adresa lor) ce sunt mobilizate în situaţia de tratament. Aceste dorinţe se folosesc de imagini preconştiente despre analist, ca vehiculul central pentru formarea transferurilor. Procesul de perlaborare, deci interacţiunea repetată a Eului cu dorinţele refulate şi confruntarea acestuia cu metodele arhaice folosite pentru apărarea în faţa lor, conduce la expansiunea câmpului de dominaţie a Eului, ceea ce reprezintă chiar scopul terapiei psihanalitice.

Analog cu investirile incestuoase obiectuale ce se remobilizează în analiza nevrozelor de transfer, Sinele grandios ce este activat în transferul-oglindă nu a fost integrat gradual în orientarea realistă a Eului, ci a fost mai degrabă disociat de restul aparatului psihic. Aceasta este o consecinţă a experienţelor patogene, cum este, de exemplu, legătura prelungită cu o mamă narcisică, urmată de respingerea traumatică şi de dezamăgiri. Impulsurile exhibiţioniste şi fantasmele grandioase rămân astfel izolate, clivate, dezavuate şi/sau refulate şi sunt inaccesibile influenţei transformatoare a Eului-realitate.

Nu pot să intru aici într-o discuţie extinsă privind dezavantajele şi avantajele (adaptative) ce se acumulează în urma disocierii şi/sau refulării Sinelui grandios în cadrul dezvoltării personalităţii. Totuşi, voi menţiona doar două disfuncţii psihice principale aferente: (1) tensiunile produse de reprimarea formelor primitive de libido narcisic-exhibiţionist (tendinţa crescută către preocupări hipocondriace, către timiditate şi către un sentiment exagerat de ridicol şi ruşine)

și (2) scăderea capacității de a trăi o stimă de sine sănătoasă și o bucurie egosintonică în urma activităților (acea Funktionslust a lui Bühler) și a succesului, ca efect al faptului că libidoul narcisic este legat de fantasmele grandioase nerealiste inconștiente sau negate. Astfel, exhibiționismul brut al Sinelui grandios clivat și/sau refulat este inaccesibil activităților egosintonice, aspirațiilor și succeselor din jurul experiențelor (pre)conștiente ale Sinelui.

De exemplu, dacă libidoul narcisic al unei persoane este legat de fantasme refulate și nemodificate legate de zbor, persoana va fi deprivată nu doar de sentimentul de bunăstare ce emană din locomoția sănătoasă, ci și de bucuria pentru acțiunile direcționate către un scop și de „avântul imaginației“ (Sterba, 1960, p. 166), adică de gândurile-acțiuni în forma lor sublimată. Poate fi adăugat aici că fantasma zborului pare să fie o caracteristică frecventă a grandiozității infantile nemodificate. Stadiile sale timpurii sunt comune ambelor sexe și probabil sunt reîntărite de senzații extatice în timp ce copilul este purtat de obiectul Sinelui idealizat și omnipotent. Totuși, în stadii mai târzii, la băiat această fantasmă se concentrează pe trăirile fericite ce privesc ridicarea penisului în timpul primelor erecții (Greenacre, 1964). Desigur, fantasmele și visele legate de zbor sunt ubicue și apar în mai multe tipuri de situații.[41]

Aspectul esențial al proceselor de perlaborare în transferul-oglindă implică mobilizarea Sinelui grandios clivat și/sau refulat și formarea derivaților preconștienți și inconștienți ce pătrund în Eul-realitate sub forma dorințelor exhibiționiste și a fantasmelor grandioase. În general, analiștii sunt familiarizați cu mobilizarea stadiilor mai târzii ale Sinelui grandios, atunci când grandiozitatea și exhibiționismul sunt amestecate cu dorințe obiectuale clar constituite. Situații specifice din mediu, în timpul stadiului oedipian al copilului, prilejuiesc manifestarea acestui tip de grandoare care este trăită (subordonată) în cadrul dorințelor libidinal-obiectuale. De exemplu, dacă un copil nu are un rival adult real din cauza morții sau absenței părintelui de același sex în perioada oedipiană; sau dacă adultul rival este disprețuit de obiectul iubirii oedipiene; sau dacă obiectul adult al iubirii stimulează grandoarea și exhibiționismul copilului; sau dacă acel copil este expus la diverse combinații ale constelațiilor precedente — ei bine, în toate aceste cazuri narcisismul falic al copilului și grandoarea ce sunt adecvate fazei oedipiene timpurii nu sunt confruntate cu limitările realiste la care copilul este supus la sfârșitul perioadei oedipiene, așa încât copilul rămâne fixat la grandoarea sa falică.

Diversele rezultate simptomatice (nefaste, adesea) ale unor astfel de fixații sunt

bine cunoscute, cum ar fi afișarea exagerată contrafobică întâlnită la așa-numitele personalităţi falice (vitezomani, amatori de senzaţii tari etc.). În aceste cazuri, un Eu anxios neagă recunoașterea faptului că exaltarea oedipiană a fost nerealistă. Și, negând intensa anxietate de castrare, susține invulnerabilitatea sa vizavi de pericolul real și necesită un supliment continuu de admirație și aclamaţii, pentru a fi confirmat.

Totuși, insecuritatea Eului în astfel de situaţii de fixaţie la grandoare oedipiană timpurie este foarte rar cauzată doar de simpla natură nerealistă a cererilor și aspiraţiilor Sinelui grandios falic. De fapt, fixaţiile necomplicate (din punct de vedere psihologic) ale acestui tip duc câteodată la următorul rezultat: Eul încearcă să se ridice la nivelul cerinţelor grandorii falice la modul nondefensiv (deci scopul primar nu mai este cel de a alina anxietatea de castrare). Și astfel, cu puțin noroc și înzestrare, Eul poate conduce la realizări reale și valoroase.

Cu toate acestea, în majoritatea cazurilor, nodul circumstanţelor cauzale este mult mai complex. De exemplu, în spatele imaginilor privitoare la relaţia Sinelui grandios al unui băiat cu un tată devalorizat (în cazul fetei, cu o mamă devalorizată), se ascunde de obicei o imagine mai profundă a părintelui rival, periculos și puternic. Și, cum s-a mai afirmat înainte, narcisismul oedipian defensiv este menținut în principiu pentru a consolida negarea anxietății de castrare.

Ceea ce contează nu este doar să realizăm că grandiozitatea oedipiană este una defensivă; ci merită să observăm și că în spatele atitudinii devalorizante a obiectului iubirii oedipiene (mama în cazul unui băiat) față de rivalul oedipian (tatăl) și a preferinței manifeste (deci hiperstimulative) pentru copil (pentru băiat), există în obiectul iubirii oedipiene (în mamă) o atitudine de admirație și venerație față de propriul ei obiect al iubirii oedipiene (tatăl mamei). Astfel, mama care devalorizează în mod deschis adultul bărbat (anume, tatăl băiatului) și care pare să prefere băiatul nutrește o admirație adâncă, amestecată cu venerație și teamă, față de imagoul inconștient al propriului tată. Fiul participă la devalorizarea defensivă a tatălui său și elaborează această situație emoțională prin prelungirea fantasmelor de grandoare. Totuși, el simte frica mamei față de o figură masculină puternică, având penisul unui adult, și realizează (inconștient) că exaltarea mamei pentru el, fiul, este menţinută atât timp cât el nu devine un bărbat independent. Cu alte cuvinte, el funcţionează ca o parte din sistemul de apărări al mamei.

Totuşi, în cea mai mare parte dintre cazurile din acest studiu, noi nu ne ocupăm de rezultatele fixaţiei la grandoarea oedipiană (caracterizată prin amestecul de investiri obiectuale puternice şi prezenţa fricilor de castrare), ci de situaţiile în care fixaţiile majore sunt agăţate de puncte mai timpurii din dezvoltarea narcisismului copilului. Lăsând la o parte complexităţile structurale ce au loc când fixaţiile falice sunt evitate printr-o afişare a unor atitudini regresive defensive infantile sau când fixaţiile timpurii sunt prezentate („telescopate“) prin intermediul experienţelor mai târzii (de exemplu, a celor oedipiene), mă întorc acum la examinarea conţinutului şi poziţiei Sinelui grandios prefalic şi a muncii analitice ce vizează acest lucru.

Desigur, scopul analizei este includerea în personalitatea adultă (în Eul-realitate) a aspectelor refulate sau a altor aspecte neintegrate (izolate, clivate, dezavuate) ale Sinelui grandios, indiferent de poziţia acestuia pe linia dezvoltării psihice. În plus, analiza urmăreşte şi îmblânzirea energiilor acestui Sine grandios spre folosul sectorului matur al Eului. Activitatea primară centrală din procesul clinic, în cadrul transferului-oglindă, vizează relevarea fantasmelor infantile de grandoare exhibiţionistă ale pacientului. Astfel, sporirea conştientizării şi creşterea acceptării acestor cerinţelor grandioase (până atunci disociate de Eul-realitate) şi, în consecinţă, comunicarea acestor fantasme analistului au loc în ciuda rezistenţelor puternice.

Conţinutul fantasmelor de grandoare[42] şi vicisitudinile confruntării lor dureroase cu realitatea din timpul terapiei nu vor fi detaliate aici de vreme ce atenţia noastră se focalizează pe condiţia transferenţială ce se instalează în analiză şi, în mod particular, pe semnificaţia ei psiho-economică şi psihodinamică din procesul clinic.

În plus, trebuie recunoscut faptul că, de multe ori, este dezamăgitor pentru analist să ajungă la o fantasmă aparent trivială, pe care pacientul o scoate până la urmă la lumină, după atât timp, travaliu şi rezistenţă intensă. Deseori această fantasmă este descrisă analistului după o ultimă rafală de ruşine intensă şi rezistenţă. Parturient montes, nascetur ridiculus mus („Se vor căzni munţii în durerile facerii şi se va naşte un biet şoarece“ — Horaţiu, Ars Poetica, 139). Dezamăgirea analistului (în contrast cu emoţia intensă pe care analizandul o trăieşte în timp ce-şi împărtăşeşte pentru prima oară secretul său cel mai adânc cu o altă persoană şi de fapt cu el însuşi) poate fi cauzată în parte de rezistenţa analistului la regresia pe care ar cere-o o rezonanţă empatică totală cu materialul arhaic. Faptul că această revelare nu produce un impact emoţional puternic

asupra analistului poate fi cauzat și de modul în care, în perioada îndelungată de perlaborare, materialul din procesul primar a fost schimbat gradual într-o formă de proces secundar și a devenit comunicabil, cum s-ar zice. Astfel, nu mai reprezintă ce a fost la început, chiar dacă pacientul mai percepe încă ecoul puterii imense avut în trecut de acel conținut[43].

Este adevărat că sunt situații în care conținutul fantasmei permite o înțelegere empatică a rușinii, ipohondriei și anxietății pe care pacientul le trăiește: rușine, pentru că relevarea este uneori însoțită de descărcarea brută și non-neutralizată a libidoului exhibiționist; și anxietate, pentru că grandoarea izolează analizandul și îl amenință cu pierderea permanentă a obiectului.

De exemplu, pacientul C a avut următorul vis într-o perioadă când abia aștepta să fie onorat și celebrat în mod public: „Se punea problema de a se găsi un succesor pentru mine. M-am gândit: Ce-ar fi să fie Dumnezeu?“. Visul a rezultat parțial din încercarea nu tocmai reușită de a îmblânzi grandoarea prin umor. În schimb, au crescut excitarea și anxietatea, care au condus, pe fondul rezistențelor prelungite, la amintirea înspăimântătoare a fantasmelor din copilărie în care simțea că el este Dumnezeu.

Totuși, în multe situații, conținutul relevat se referă doar aluziv la grandoarea ce formează nucleul fantasmelor dezvăluite de pacient. De exemplu, pacientul D. își amintea cu rușine intensă și cu anumite rezistențe că atunci când era copil obișnuia să își imagineze că el conducea mijloacele de transport în comun din oraș. Fantasma părea destul de inofensivă. Dar rușinea și rezistența au devenit explicabile când pacientul a detaliat că el conducea mijloacele de transport în comun prin „controlul gândului“ ce emana din capul său. Iar capul său (ce părea să fie deconectat de corpul său) se afla cu mult deasupra norilor în timp ce exercita această influență magică.

În alte situații, fantasma grandioasă conține elemente de control magic-sadic asupra lumii; pacientul poate fi Hitler, Attila etc. și are sub controlul să (magic) populații mari pe care le influențează, ca și cum ar fi niște piese fără viață ale unei mașinării. Distrugerea magică a unor clădiri și orașe și reconstrucția lor magică joacă de asemenea un rol important. La fel se întâmplă câteodată și cu dominarea totală a unei singure persoane care, totuși, rămâne singura realitate dintr-o lume goală. Unii pacienți își amintesc de credința infantilă că toți oamenii sunt servitorii, sclavii sau proprietatea lor (de ex., pacientul H.) și că fiecare om pe care copilul îl întâlnește știe acest lucru, dar nu vorbește despre asta. Similar,

poate exista convingerea — nu doar fantasma! — că toată lumea din școală îi știa numele, deși el nu le cunoaște numele. Acest pacient (care, ca adult, era mult mai sever tulburat decât cei menționați în această carte) răspundea, dar pe dos, precum Săltărețul, piticul din povestea „Fata morarului“ căruia nimeni nu-i putea ghici numele. Oricum, această circumstanță atesta poziția sa unică și superioară față de ceilalți copii, sentiment care nu provenea doar din faptul că nu putea să relaționeze cu ei. În aceste exemple apare o temă recurentă, legată de a fi „special“, „unic“ sau „prețios“ („ca un instrument foarte fin“, „ca un ceas rafinat“), ceea ce pare să fie punctul nodal al unor fantasme narcisice, izolatoare, rușinoase și amenințătoare, care nu pot fi exprimate decât prin astfel de cuvinte.

Ocazional, analistul poate asista la o rezistență față de integrarea totală a fantasmei grandioase infantile, chiar și după ce a fost aparent recuperată și recunoscută. Această rezistență ia forma incapacității pacientului de a folosi insightul său ca pe o treaptă către acțiuni realiste. În aceste circumstanțe, interpretările analistului trebuie să se concentreze deseori pe contrastul dintre măreția fantasmată și succesul real. El trebuie să arate că pacientul este încă incapabil să tolereze următoarele două aspecte: (a) că există riscul unui eșec în orice situație, oricât de pregătit ar fi; și (b) că scopul unor succese reale și mai mari este limitat. Cu alte cuvinte, pacientul a gestionat conținutul irațional al fantasmelor sale grandioase, dar încă nu și-a transformat nevoia sa pentru o certitudine omnipotentă privind rezultatele eforturilor sale și pentru un succes nelimitat într-o atitudine egosintonică de perseverență, optimism și într-o stimă de sine fiabilă.

Dl N. era un fiziolog ce atinsese o îmbunătățire considerabilă în analiza legată de o inhibiție înrădăcinată adânc în munca sa. Dar continua să aibă dificultăți severe când era pus în fața sarcinii de a pregăti spre publicare rezultatele cercetării sale. Fantasmele sale grandioase erau suficient de bine integrate cu ambițiile sale realiste și cu tiparele sale de acțiune pentru a constitui un stimulent solid în activitățile sale și pentru a-și continua cercetarea sa. Dar fixația sa persistentă la nevoia arhaică de certitudini legate de succesul său, de realizări fenomenale și de o recunoaștere nelimitată îl bloca atunci când trebuia să-și finalizeze cercetarea și să se expună (prin publicare) la incertitudinea legată de răspunsul comunității științifice. Îi era greu să accepte faptul că recunoașterea pe care o va primi va fi limitată, chiar și în cel mai bun caz.

Confruntarea anumitor aspecte ale fantasmei grandioase cu realitatea poate fi temporar blocată nu doar de dificultățile specifice menționate anterior. Ieșirea

fantasmei grandioase la nivelul conştientului — sau integrarea ei în structura Eului atunci când fusese într-o stare clivată — şi eliberarea nevoilor exhibiţioniste ce îi sunt asociate tind în general să se lovească de rezistenţe puternice. În forma sa oedipiană (grandoarea falică şi exhibiţionismul falic), Sinele grandios este marcat de configuraţii obiectuale puternice, de tensiuni de rivalitate proeminente şi de frici de castrare specifice acestei faze. Acestea pot să pună în umbră anxietăţile şi rezistenţele specifice ce apar ca reacţie la mobilizarea aspectelor narcisice ale complexului Oedip. Totuşi, în astfel de cazuri, în care regresia terapeutică spontană aduce activarea Sinelui grandios prefalic, anxietăţile şi apărările ce sunt legate în mod specific de structurile narcisice sunt mult mai uşor de deosebit. Mai ales dacă activarea Sinelui grandios prefalic cuprinde stadiul în care copilul are nevoie de acceptarea şi admiraţia Sinelui-minte-corp ca întreg şi fără rezerve (ar fi vorba despre ultima parte a fazei orale din dezvoltarea libidinală). Este adevărat, prezenţa elementelor pulsionale orale şi anale este de netăgăduit; dar nu scopurile acestor pulsiuni cauzează, în principal, teama în aceste situaţii (cu atât mai puţin fantasmele specifice ce pot fi verbalizate cu privire la obiectele lor). Teama este cauzată de cantitatea lor şi de cât de primitive pot fi. Cu alte cuvinte, pericolul de care se apără Eul prin păstrarea Sinelui grandios arhaic disociat şi/sau refulat îl reprezintă afluxul libidoului narcisic ce nu a fost neutralizat şi care anulează starea de diferenţiere (faţă de care Eul ameninţat reacţionează cu o agitaţie anxioasă) şi prilejuieşte intruziunea imaginilor arhaice ale Sinelui corporal fragmentat (pe care Eul îl elaborează sub forma preocupărilor hipocondriace).

Acum că am stabilit principiul, trebuie să recunosc că uneori în situaţia clinică concretă nu este foarte uşor să determini repede şi sigur dacă nucleul structurilor patogene activate ce domină transferul se află în câmpul narcisismului prefalic sau în faza oedipiană. Decizia analistului se bazează pe (1) înţelegerea lui empatică cu privire la natura anxietăţilor centrale ale pacientului şi la mecanismele defensive pe care le foloseşte pentru a scăpa de ele; şi (2) pe înţelegerea lui teoretică a diverselor relaţii ce pot exista între structurile narcisice (prefalice şi falice) şi structurile legate de conflictele investirii obiectuale din perioada oedipiană.

Aşa cum s-a mai afirmat înainte, anxietatea centrală întâlnită în analiza tulburărilor de personalitate narcisică nu este cea de castrare, ci este frica faţă de intruziunea regresivă în Eu a structurilor narcisice cu energiile lor des-diferenţiatoare. De vreme ce rezultatele simptomatice ale unor astfel de intruziuni au fost deja discutate şi demonstrate, eu doar le voi enumera aici pe

scurt. Ele sunt: frica pentru pierderea realităţii Sinelui prin fuziunea extatică cu imagoul părintelui idealizat sau prin regresiile cvasi-religioase către fuziunea cu Dumnezeu sau cu Universul; frica de a pierde contactul cu realitatea şi frica de izolare permanentă prin trăirea unei grandiozităţi nerealiste; trăirile ameninţătoare de ruşine şi jenă prin intruziunea libidoului exhibiţionist; şi îngrijorările hipocondriace legate de boli fizice sau psihice cauzate de suprainvestirea aspectelor deconectate ale corpului şi ale minţii. Această înşiruire a fricilor ce sunt trăite în timpul analizei personalităţilor narcisice poate fi lărgită, iar descrierea elaborării psihice a temerilor pacientului poate fi redefinită. Totuşi, aici aş vrea să atrag atenţia încă o dată asupra unei trăsături generale a acestor anxietăţi, anume că, per total, ele au tendinţa să fie vagi şi că frica primară a Eului apare mai ales faţă de cantitatea de excitaţii şi faţă de ameninţarea energiilor de natură arhaică ce intervin în câmpul său.

Desigur, aceste frici pot fi uşor deosebite de temerile din faza oedipiană, când anxietatea de castrare (şi teama că cineva se va răzbuna) este trăită mai mult sau mai puţin direct sub forma fricii de a fi ucis sau mutilat de un adversar căruia i se atribuie o forţă superioară. Totuşi, diferenţierea devine mai dificilă când (a) anxietăţile oedipiene sunt exprimate prin simboluri preoedipiene; sau (b) când o regresie generală, defensivă, către niveluri preoedipiene are loc pentru a scăpa de fricile de castrare. Deşi aceste complexităţi nu fac obiectul acestei monografii, ele trebuie abordate atât timp cât au legătură cu diferenţierea de care ne ocupăm. Deci, prin comparaţie cu anxietăţile provocate de intruziunea structurilor narcisice, în cele două situaţii menţionate mai sus, va exista la un moment dat un indiciu al situaţiei triangulare; mai mult, există un grad sporit de elaborare a sursei pericolului (un adversar personal); şi în final, există un grad şi mai mare de elaborare a naturii pericolului (anume, pedeapsa). Un astfel de exemplu este diferenţierea dintre (a) îngrijorările hipocondriace (elaborate sub forma fricilor de boli fizice sau mentale) ce sunt cauzate de frica de fragmentare autoerotică şi (b) anxietatea de castrare exprimată regresiv ca frică de boală (sau în termeni de elemente prefalice, ca de ex.: frica de a fi înghiţit, mâncat, muşcat, înecat, otrăvit, sufocat prin îngroparea de viu etc.).

În prima situaţie, anume în cazul fricii faţă de intruziunea investirilor narcisice arhaice care ameninţă coeziunea Sinelui, analistul va avea impresia că, pe măsură ce continuă munca analitică, cu atât mai vag va fi conţinutul temerilor. Pacientul va vorbi până la urmă de presiuni fizice vagi şi de tensiuni sau de frica pierderii contactului, de lipsa de conţinut, de stimularea unei agitaţii anxioase etc. şi probabil că va începe să vorbească despre momentele din copilărie când

era singur, când nu se simţea tocmai viu şi alte stări asemănătoare. Opusul va apărea în a doua situaţie, anume în cazul elaborării regresive a fricilor de castrare. Cu cât înaintează mai mult analiza, cu atât va deveni mai specifică elaborarea fricii şi cu atât mai clar vor fi precizate sursele pericolului. Şi, în sfârşit, dacă pacientul îşi aminteşte episoade de competiţie din copilărie cu rivali superiori ce au fost urmate de trăiri ale unor frici de pedeapsă, atunci nu încape niciun dubiu despre faptul că astfel de conflicte activate aparţin fazei oedipiene. Pe de o parte, din cauza regresiei materialului oedipian şi, pe de altă parte, din pricina elaborării şi a tendinţei către „telescoparea“ tensiunilor narcisice şi autoerotice către experienţe mai târzii, tablourile manifeste s-ar putea să pară similare la început. Totuşi, evoluţia terapeutică şi aroma subiacentă trăirilor ne conduc către direcţii opuse şi permit diferenţierea.

Privitor la organizarea generală a psihopatologiei pacientului, pot exista următoarele relaţii între structurile falic-oedipiene în care narcisismul rănit al copilului joacă un rol secundar şi structurile narcisice (prefalice şi falice) care determină în mod predominant transferul narcisic: (1) fie (a) patologia narcisică, fie (b) patologia obiectual-transferenţială este clar dominantă; (2) o fixaţie predominant narcisică coexistă cu o patologie transferenţială obiectuală; (3) o tulburare narcisică ascunde un conflict oedipian; şi (4) o tulburare de personalitate narcisică este acoperită de structuri clar oedipiene. Doar observarea atentă şi neintervenirea în dezvoltarea spontană a transferului vor permite în multe cazuri ca analistul să decidă cu care dintre aceste relaţii se confruntă pacientul. Totuşi, trebuie menţionat că, şi în anumite cazuri autentice de fixaţie narcisică primară, poate să apară un şir simptomatic oedipian (de exemplu, o fobie) care să fie de scurtă durată şi eventual spre sfârşitul tratamentului. Tratarea unui astfel de episod se va face analitic, la fel ca în cazul unei nevroze de transfer tipice.

Acting out-urile în transferurile narcisice. Problema activismului terapeutic

Natura asocială a Sinelui grandios dă seamă pentru rezistenţa sa fundamentală la influenţa psihanalizei. Iar una dintre cele mai importante rezistenţe întâlnite în

timpul mobilizării, în analiză, a Sinelui grandios refulat o reprezintă devierea de la transferul-oglindă şi punerea energiilor sale instinctuale în slujba sindromului asocial de acting out. Comportamentul delincvent mai mult sau mai puţin evident al personalităţilor narcisice (incluzând actele asociale ce au loc în timpul terapiei analitice) nu este cauzat de un deficit al Supraeului (exceptând cazul în care idealizarea insuficientă a Supraeului este legată o investire narcisică prea mare îndreptată spre Sinele grandios). La fel, nu cauzat nici de o impulsivitate pricinuită de slăbiciunea Eului vizavi de controlul pulsiunilor. Acting out-ul personalităţilor cu tulburări narcisice reprezintă un simptom ce se formează ca o consecinţă a pătrunderii parţiale a aspectelor refulate ale Sinelui grandios. Astfel, deşi de obicei este dezadaptativ şi chiar distructiv, acest acting out poate fi privit ca o realizare a Eului ce amestecă fantasme grandioase şi dorinţe exhibiţioniste cu conţinuturi preconştiente potrivite, pe care le raţionalizează, la fel ca în procesul formării de simptom din nevrozele de transfer.

Relaţia dintre tendinţa către acting out şi mobilizarea Sinelui grandios este una foarte specifică. Anume, în analiza personalităţilor cu tulburări narcisice, producerea unui acting out aparent aloplastic (determinat de cauze externe), mai degrabă decât a unor simptome psihonevrotice aparent autoplastice (determinate de cauze interne), este datorată faptului că procesul terapeutic aduce cu sine două schimbări importante majore în echilibrul psihic preterapeutic: (a) o hiperinvestire a Sinelui grandios şi (b) slăbirea mecanismelor de apărare specifice (refulare-contrainvestire; disociere-dezavuare) care preveniseră până atunci intruziunea dorinţelor exhibiţionist-grandioase ale Sinelui grandios în realitatea Eului. Totuşi, motivul specific pentru alegerea acting out-ului ca un simptom patognomonic de urgenţă în transferul-oglindă (scăpat temporar de sub control) nu se referă nici la intensitatea dorinţelor (grandios-exhibiţioniste), nici la gradul de primitivism al instinctelor ce reverberează (apariţia frecventă a cerinţelor orale non-neutralizate şi a celor oral-sadice răzbunătoare) şi nici la slăbiciunea Eului. Determinanta specifică a acting out-ului o reprezintă chiar narcisismul organizării psihice ce este implicat în eruperea bruscă a Sinelui grandios. Regresia specifică spre punctele de fixaţie conduce la o slăbire a diferenţierii dintre Sine şi non-Sine şi astfel produce o începţoşare a diferenţei dintre impuls, gând şi acţiune. Cu alte cuvinte, ceea ce pare să fie, cercetând superficial, o acţiune aloplastică, de fapt nu este o acţiune, ci o activare autoplastică a unui stadiu din dezvoltarea psihică în care lumea externă este încă investită cu libido narcisic.

Indiferent de natura înclinaţiei pacientului în a devia în alte direcţii energiile

psihice mobilizate iniţial în situaţia analitică, această tendinţă îl confruntă mereu pe analist cu dilema dacă să intervină sau nu în acţiunile pacientului. Problema tehnică, dacă analistul trebuie să devină activ (şi în ce arii poate să intervină, până unde şi în ce grad), va fi evaluată nu doar ţinând cont de tipul de psihopatologie şi de structura metapsihologică a acţiunii pacientului, ci şi din punctul de vedere al întrebării practice dacă există vreun pericol ca pacientul să se rănească pe el şi pe ceilalţi (ameninţare cu suicidul, omucidere, activităţi delincvente şi perverse ce duc clar spre detenţie şi măsuri punitive etc.). În astfel de cazuri, e mai bine pentru analist să nu încerce să amestece exprimarea îngrijorărilor sale reale cu interpretări de urgenţă. El trebuie să afirme simplu şi sincer că speră ca pacientul să nu ducă la îndeplinire planurile sale malefice sau să se oprească din activităţile sale periculoase. Totuşi, necesitatea unei intervenţii majore şi în forţă din partea analistului apare în principal în cazurile de borderline spre psihoză şi în cazurile legate de un deficit profund al Eului din care rezultă o impulsivitate de nestăpânit. În cazurile isterice de acting out (ce ţin de un limbaj infantil dramatizat), intervenţia activă a analistului are un scop diferit, mai strict din punct de vedere psihanalitic, ce poate fi explicat pacientului în timp ce este implementată. Scopul intervenţiei active a analistului (al sfaturilor sale către pacient, de a opri punerile în scenă dramatice) este aici de a canaliza pulsiunile incestuoase refulate şi inconştiente către o confruntare cu procesele secundare ale Eului (acelaşi era şi scopul tehnicii pe care Freud i-o sugera lui Ferenczi cu privire la analiza fobiilor — Ferenczi, 1919). Ideea este deci ca analistul să încurajeze formarea derivaţilor verbali ai fantasmei sub forma asocierilor libere în timpul şedinţelor de analiză.

Toate aceste consideraţii menţionate mai sus, în special cele cu privire la exprimarea directă a îngrijorărilor analistului în caz de pericol, se vor aplica uneori şi anumitor aspecte din analiza unor acting out-uri în cazul tulburărilor de personalitate narcisică. Totuşi, în general, acting out-urile de aici trebuie înţelese în mare parte ca o formă de comunicare din cadrul unei înţelegeri globale arhaice asupra lumii, ce nu permite distincţia dintre gând şi acţiune. Deşi este uneori necesar — şi eficient! — să alertăm Eul pacientului că sunt indicate anumite schimbări în interesul autoconservării, nu trebuie să se invoce nicio problemă morală, alta decât cea practică şi reală: din perspectiva moravurilor epocii, pacientul se pune în pericol prin acţiunile sale.

În afară de faptul că trezesc îngrijorări realiste din partea analistului, acţiunile pacientului cer şi interpretare. În contrast cu conţinutul acting out-urilor dramatice ale pacienţilor isterici sau fobici, interpretarea acţiunilor pacientului

constituie aici un mijloc valoros de extindere (prin insight) a ariei Eului analizandului. Astfel, când pacientul E. s-a întors la scopurile voaioriste periculoase din toaletele publice în timpul separărilor de analist sau când a simţit că analistul nu l-a înţeles, i-au fost oferite interpretări nemoralizatoare, legate de felul în care dorinţele lui de oglindire, aprobare şi înţelegere s-au deteriorat regresiv către o punere în scenă a unei fuziuni arhaice vizuale. Aceste interpretări nu doar că au fost foarte eficiente în a-i oferi un control mai mare în situaţiile ce au urmat când s-a simţit ignorat sau neînţeles, ci au condus şi la o înţelegere mai profundă a propriei personalităţi şi la aducerea la suprafaţă a unor amintiri relevante şi semnificative din copilăria sa. De exemplu, pacientul şi-a amintit că primul episod de voaiorism dintr-o toaletă publică a avut loc la un târg de la ţară, după ce îi ceruse mamei lui să privească şi să admire abilităţile sale într-un legăn înalt. Când mama sa, care deja era foarte bolnavă pe-atunci (hipertensiune malignă), nu a putut să arate niciun interes cu privire la dorinţa lui de a-şi arăta curajul, el a plecat de lângă ea şi a mers către toaletele publice. Împins de o forţă pe care a înţeles-o abia acum (şi amintindu-şi tot acum şi tonalitatea ei afectivă specifică), s-a uitat la aparatul genital al unui bărbat şi, fuzionând cu el, s-a simţit unul cu puterea şi forţa pe care le simboliza. (În termeni teoretici: a avut loc regresia de la stadiul corespondent al transferului-oglindă la cel fuzional.)

Dinamica manifestărilor transferenţiale se produce în mod general pornind de la forme mai arhaice (de exemplu, fuziunea) la o poziţie mai avansată (transferul-oglindă în sens restrâns). Comportamentul pacientului E. din timpul separărilor de analist, din weekend, constituiau o inversare temporară a acestei direcţii, ca răspuns la vicisitudinile relaţiei transferenţiale.

Un alt exemplu al unei astfel de regresii temporare de la un transfer-oglindă către unul fuzional mi-a fost furnizat de către un coleg[44]. Episodul ce va fi descris este în anumite aspecte similar cu comportamentul din weekend al dlui E., dar apare şi o diferenţă decisivă. Regresia domnului E. a avut loc devreme în analiză, înainte să se ajungă la transformări structurale semnificative şi implica o acţiune clar periculoasă. În cazul dlui I., episodul a avut loc târziu în analiza, în mare parte de succes, a unei personalităţi cu tulburare narcisică. Şi ca urmare a rezultatelor semnificative privind îmbunătăţirile structurale ce fuseseră deja atinse prin munca analitică precedentă, nu a avut loc nicio acţiune, iar regresia s-a rezumat la a fi exprimată prin forma unui vis.

Pacientul, dl I., de douăzeci şi cinci de ani, angajat în domeniul industrial, a adus

nişte jurnale vechi din copilăria lui la o şedinţă de analiză şi i le-a citit analistului. Analistul a reacţionat cu interes la conţinutul jurnalelor, dar s-ar putea să fi răspuns la citirea jurnalelor cu un entuziasm mai scăzut (chiar dacă nu a fost conştient de această reţinere afectivă), deoarece simţea probabil că pacientul a pus aceste scrieri între ei doi. Anume, că cititul acestor jurnale constituia un obstacol pentru comunicarea directă şi liberă a gândurilor şi amintirilor pacientului. Oricum ar fi fost, pacientul, aşa cum s-a dedus din reacţia ce a urmat, a fost dezamăgit de răspunsul analistului. În noaptea următoare a visat un vis din două părţi: (a) pacientul plecase la pescuit şi prinsese un peşte mare. A adus peştele cu mândrie la tatăl său. Dar tatăl, în loc să admire darul, a fost critic; (b) pacientul L-a văzut pe Iisus pe cruce cum s-a stins brusc — muşchii i s-au relaxat dintr-odată, era pe cale să moară.

Reevaluând şedinţa de dinaintea visului în lumina întregii dezvoltări a transferului, concluzia la care s-a ajuns a fost faptul că pacientul s-a retras temporar din transferul-oglindă in sensu strictiori către un transfer arhaic fuzional (trăit în mod masochist). Aparent analistul nu a apreciat total sensul profund emoţional pe care îl avea cititul jurnalelor pentru pacient. Acea lectură din jurnale nu reprezenta de fapt o rezistenţă în comunicare, ci un dar (valoros din punct de vedere analitic). Pacientul ajunsese într-adevăr la un stadiu în care un material din copilăria sa (ce fusese secret) putea fi acum împărtăşit. Pacientul a simţit că analistul (ca şi tatăl narcisic al pacientului) a răspuns negativ la progresul pacientului. (În situaţii similare am observat o tendinţă a analiştilor către o retragere narcisică faţă de un pacient care a făcut un pas important către sănătatea emoţională, fără asistenţa directă şi imediată a analistului.) Astfel, pacientul care se aştepta la o acceptare aprobatoare (transfer-oglindă la un nivel diferenţiat şi inhibat în privinţa scopului) a performanţei lui psihice, s-a simţit respins şi s-a retras într-o fantasmă de fuziune: Hristos care moare şi se reuneşte cu Dumnezeu-Tatăl. („«Părinte, în mâinile Tale încredinţez duhul Meu!» — şi spunând lucrul acesta şi-a dat ultima suflare“ — Luca 23:46). Situaţia a fost imediat remediată când analistul i-a interpretat pacientului această secvenţă.

Vinieta anterioară priveşte stadiul târziu din analiza de succes a unei personalităţi narcisice. Nu există nicio îndoială că în astfel de cazuri nu mai este nevoie decât de o interpretare corectă (dar având un grad real de căldură sufletească), pentru a permite transferului să se întoarcă la nivelul său de bază adecvat. Problema activismului terapeutic este una de mare importanţă în tratamentul anumitor tipuri specifice de personalităţi narcisice. Aichhorn (1936) a fost cel care, introducând tehnica sa activă pentru a crea un ataşament emoţional terapeutic şi

eficient față de analist în tratamentul delincvenţilor juvenili, a făcut un pas mai departe în teoria şi tehnica din această arie. Anna Freud (1951) descria tehnica lui Aichhorn astfel: „Datorită structurii narcisice aparte a personalităţii sale, impostorul este incapabil să formeze relaţii de obiect; cu toate acestea, poate să se ataşeze de terapeut printr-un surplus de libido narcisic. Dar transferul său narcisic se va instala doar în cazurile în care analistul are capacitatea de a oferi impostorului (…) o replică glorificată a propriului său Eu delincvent şi al propriului său Ideal al Eului“ (p. 55).

Sugerând că analistul se oferă în mod activ pacientului ca un Ideal al Eului, Aichhorn nu a diferenţiat Idealul Eului de precursorul său (imagoul părintelui idealizat) şi nici nu a atribuit o poziţie specială sau separată Sinelui grandios. Totuşi, comentariul scurt al Annei Freud legat de tehnica activă a lui Aichhorn folosită în aceste cazuri specifice este destul de compatibil cu formulările teoretice propuse în legătură cu condiţiile transferenţiale ce se stabilesc în analiza unui spectru larg al tulburărilor de personalitate narcisică, dincolo de cazurile de delincvenţă juvenilă. De exemplu, când ea spune că terapeutul se oferă impostorului ca „o replică glorificată a propriului său Eu delincvent şi a propriului său Ideal al Eului“, această formulare seamănă în parte cu diferenţierea dintre un transfer bazat pe reactivarea Sinelui grandios (mai precis o relaţie gemelară sau de tip alter-ego cu terapeutul) şi un transfer bazat pe reactivarea imagoului părintelui idealizat.

Aplicarea consideraţiilor precedente la activismul terapeutic al lui Aichhorn ne va fi de ajutor în a ne rafina înţelegerea teoretică a acestei probleme tehnice.

Nu încape aproape nicio îndoială că tehnicile active ale lui Aichhorn, ce încurajează stabilirea transferului narcisic, sunt inevitabile în tratamentul unor tipuri de delincvenţă majoră în general şi a delincvenţei juvenile în particular. Acestea reprezintă măsuri de urgenţă ce sunt necesare cu scopul de a crea o legătură emoţională cu analistul — adică o focalizare transferenţială a Sinelui grandios şi/sau a imagoului parental idealizat asupra analistului. Ceea ce va ţine iniţial pacientul să nu plece din terapie. Evaluarea stabilirii active a legăturii transferenţiale în astfel de cazuri ar trebui să înceapă, în principiu, cu întrebarea dacă un transfer creat în mod activ are legătură cu Sinele grandios (delincvent) sau cu imagoul părintelui idealizat. Capacitatea unui delincvent de a se ataşa de analist cu o deschisă admiraţie poate să indice faptul că existau (preconştient) un imago parental idealizat şi o dorinţa profundă de a forma un transfer idealizant, doar că au fost negate şi ascunse. Anumiţi adolescenţi (sau adulţi ce prelungesc

un anumit tip de adolescenţă de-a lungul vieţii) vor proclama angajamentul lor aparent complet faţă de Sinele grandios (şi o vor face preconştient, din cauza jenei faţă de slăbiciunea ce ar putea să reiasă din atitudinile de idealizare sau din cauza fricii lor de ridicolul acestor sentimentalisme non-virile). În spatele acestor frici preconştiente faţă de o devalorizare socială, se ascunde totuşi frica inconştientă de respingere traumatică a atitudinii lor idealizante din partea obiectului idealizat sau anticiparea unei deziluzionări traumatice în raport cu obiectul idealizat. Cu alte cuvinte, este o frică de frustrări în câmpul narcisic ce ar conduce la tensiuni narcisice intolerabile şi la trăiri dureroase de ruşine şi ipohondrie.

Deşi tratamentul psihanalitic al sindroamelor coezive ale delincvenţei juvenile de tipul celor tratate de Aichhorn nu se încadrează în aria experienţei mele clinice directe, anumite concluzii despre metodele lui Aichhorn în stabilirea transferului narcisic în astfel de cazuri pot fi trase pe baza descrierilor clinice ale lui Aichhorn şi pe baza experienţelor mele cu tulburări asemănătoare. Astfel, voi sugera că succesul procedurii lui Aichhorn este datorat următoarelor circumstanţe: Presupunem că fixaţia de bază a delincventului este la imagoul părintelui idealizat şi că există o înclinaţie către un transfer patognomonic ce corespunde constelaţiei în cauză (un transfer idealizant). În jurul acestei nevoi pentru un obiect idealizat se află totuşi aceste straturi de personalitate delincventă ce nu doar că neagă nevoia pentru un obiect idealizat şi pentru un Supraeu idealizat, ci, mai mult, îl fac pe delincvent să proclame cu intensitate dispreţul pentru astfel de valori şi idealuri. Exprimat în alte cuvinte, există o suprainvestire defensivă a Sinelui grandios (la care se ajunge probabil după o dezamăgire dureroasă faţă de obiectul idealizat sau faţă de pierderea acestuia). Etalarea activităţilor omnipotente nerestricţionate şi a mândriei delincventului faţă de abilităţile sale de a manipula fără milă mediul său vin să susţină apărările sale împotriva golului şi lipsei stimei de sine ce ar surveni dacă ar înceta elaborările continue (în cuvânt şi faptă) ale Sinelui grandios delincvent. Dacă terapeutul s-ar oferi pe el unui astfel de delincvent, pe post de o figură ideală într-o lume a valorilor, pacientul nu ar putea să-l accepte. Abilitatea specială a lui Aichhorn şi înţelegerea delincventului l-a făcut pe Aichhorn să se ofere mai întâi ca o imagine-oglindă a Sinelui grandios al delincventului. Astfel el a fost capabil să iniţieze o mobilizare învăluită de investiri idealizante către un obiect idealizat al Sinelui, fără a perturba protecţia necesară Sinelui grandios şi activităţilor sale defensive. Odată ce legătura s-a stabilit şi investirile idealizante au fost mobilizate, procesul de perlaborare devine posibil şi se poate face trecerea graduală de la omnipotenţa şi invulnerabilitatea Sinelui grandios la mult mai

dorita omnipotenţă şi invulnerabilitate a obiectului idealizat (şi la dependenţa terapeutică indispensabilă de acel obiect).

Problemele specifice puse de mobilizarea activă a Sinelui grandios în tratamentul psihanalitic al delincvenţilor narcisici (în special adolescenţi) nu reprezintă principalul scop al acestui studiu. Aici ne ocupăm de analiza tulburărilor de personalitate narcisică obişnuite în care activităţile delincvente în sensul uzual nu domină tabloul clinic. În tratamentul analitic al acestor cazuri nu este dezirabil să se creeze o situaţie în care complianţa analizandului regresiv să fie utilizată în mod activ pentru a obţine o idealizare a terapeutului. Încurajarea activă a idealizării analistului conduce la instalarea unui transfer înrobitor (analog ataşamentelor promovate de organizaţiile religioase), provocând o identificare masivă şi împiedicând modificarea graduală şi terapeutică a structurilor narcisice deja existente. Poate că toţi avem nevoie de atenţionarea relevantă a lui Freud că există „tentaţia medicului de a juca în faţa pacientului rolul profetului, al salvatorului de suflete, al mântuitorului“, deci că pacientul ajunge să fie încurajat să-l pună pe analist „în locul Idealului Eului său“, o procedură faţă de care „regulile analizei se opun riguros“ (1923/2010, p. 333, nota 19).

Cu toate acestea, deşi este dăunător să produci o idealizare a analistului prin mijloace artificiale, o mobilizare terapeutică spontană a imagoului părintelui idealizat sau a Sinelui grandios este binevenită şi nu trebuie să fie împiedicată.

În acest punct cred că este potrivit să aduc în discuţie câteva remarci privind aşa-numita pasivitate a analistului în timpul tratamentului psihanalitic. Reţinerea psihanaliştilor în a-şi asuma un rol directiv vizavi de pacienţii lor este privită adesea în mod greşit, ca şi cum ar fi o problemă morală (vezi de exemplu, Hammett, 1965, p. 32), deci ca şi cum am avea un conflict între sistemul de valori al analistului (egalitarism, modestie şi altele asemenea) şi un alt sistem de valori (axat pe ideea că terapeutul trebuie să îşi recunoască inevitabila responsabilitate de a fi un lider şi un ghid pentru pacient de vreme ce se presupune că ştie răspunsurile cu privire la o parte dintre problemele de viaţă ale pacientului). Totuşi, alegerea trebuie făcută în funcţie de elementele ce constituie factorii esenţiali în procesul curei psihanalitice. Dacă analistul îşi asumă în mod activ „rolul profetului, al salvatorului de suflete, al mântuitorului“, atunci va încuraja în mod activ soluţionarea conflictului prin identificarea masivă, dar astfel nu-i va permite pacientului să atingă o integrare graduală a propriilor sale structuri psihice şi să-şi edifice treptat nişte structuri noi. În termeni

metapsihologici, asumarea activă a rolului de lider de către terapeut duce fie către stabilirea unei relaţii cu un obiect arhaic (prestructural) şi investit narcisic (iar îmbunătăţirea pacientului depinde de menţinerea reală sau fantasmată a acestei relaţii de obiect), fie duce către identificări masive ce se adaugă structurilor psihice existente. Prin contrast, terapia psihanalitică permite transferului să se dezvolte spontan (inclusiv prin relaţii cu obiectele arhaice, investite narcisic), iar prin procesul de perlaborare, structurile proiectate sau mobilizate sunt transformate şi internalizate gradual (internalizarea transmutativă). Astfel, în cele din urmă, diferenţa calitativă dintre terapia motivaţională şi psihanaliză poate fi înţeleasă ca una cantitativă: prima lucrează prin instalarea activă a relaţiilor de obiect şi a identificărilor masive; ultima, prin instalarea spontană a transferului şi prin mici procese de reinternalizare (transmutativă).

Afirmaţia precedentă, deşi în principiu este corectă, trebuie modificată pentru a lua în calcul două stadii în care, temporar, procesele de internalizare din cursul analizei personalităţilor narcisice nu sunt „mici“ şi „transmutative“ (aşa cum s-a susţinut mai devreme), ci sunt stadii masive şi neasimilate. Mai precis: procesele de identificare masivă pot fi observate fie relativ devreme în tratament (ca precursori sau vestitori ai unor internalizări transmutative şi construcţii de structură la scară mică), fie pot apărea târziu în tratament în prima parte a fazei terminale, sub impactul cvasi-traumatic produs de sarcina renunţării finale la obiectul transferenţial-narcisic.

Identificările masive cu analistul — cu modul său de a se comporta şi de a vorbi, cu atitudinile şi gusturile sale — sunt astfel des observabile în prima parte a analizei personalităţilor narcisice. Sunt un semn favorabil, mai ales dacă nu se produc imediat, ci după o perioadă dedicată lucrului sistematic cu rezistenţele generale ce se opun instalării transferului narcisic potrivit. Deci ele trebuie să fie acceptate de către analist, ca un prim pas către obţinerea condiţiilor ce duc mai departe la producerea procesului de perlaborare ce construieşte structuri. Este foarte instructiv să se studieze această modificare în tiparul de identificare din acele analize în care profesia analizandului facilitează (şi oferă o raţionalizare pentru) adoptarea comportamentului profesionist al analistului, aşa cum poate fi observat în propria analiză.

De exemplu, în timpul unor analize de formare a unor candidaţi cu organizări de personalitate narcisică (sau în analizele unor psihiatri), se poate produce următoarea secvenţă de evenimente: Are loc o primă fază în care pare să nu

existe nicio dovadă de transfer reactiv. De exemplu, întreruperile tratamentului nu provoacă o reacţie notabilă în analizand. Acest stadiu este urmat de o perioadă în care analizandul răspunde la perturbările transferului narcisic — de exemplu, o întrerupere între şedinţe — prin identificări masive şi neasimilate cu o singură trăsătură a analistului. (De pildă, în timpul absenţei analistului, pacientul se va simţi împins să cumpere o haină şi să descopere mai târziu, surprins, că aceea haină este identică cu cea purtată de analist.) Totuşi, gradual, pe măsură ce aceste evenimente sunt perlaborate în mod repetat, natura procesului de identificare se modifică: identificările nu mai sunt masive şi nediscriminatorii, ci devin selective. Încep să se concentreze tot mai mult pe trăsături şi calităţi ce sunt într-adevăr compatibile cu personalitatea pacientului şi sporesc talente (până acum inactive) ale pacientului însuşi. Astfel, anumite calităţi profesionale favorabile şi compatibile ale analistului sunt treptat asimilate de către pacient prin procese de identificare. Ele nu mai constituie suporturi străine de identificare (cum se întâmplă frecvent în identificările cu agresorul, ce apar ca răspuns la activităţile unui analist pe care pacientul le resimte ca fiind traumatice) ce pot fi eliminate după ce şi-au atins scopul de urgenţă. Până la urmă, în paralel cu dobândirea unei dizolvări interne a analistului (investit narcisic), pacientul poate descoperi cu calm, dar cu plăcere autentică faptul că a dobândit nuclee solide de funcţii şi iniţiative autonome. Dobândirea acestora se va extinde în viaţa de zi cu zi, în modul în care acel terapeut în formare îşi percepe şi îşi înţelege pacienţii, incluzând modul său individual şi specific de a comunica cu ei.

O dovadă a înclinaţiei reînnoite către instalarea identificărilor masive poate fi întâlnită şi în faza de terminare (în special în prima parte a acestei faze) a analizei tulburărilor de personalitate narcisică. Acest fenomen ar trebui să fie privit fără alarmare de analist şi ar trebui considerat ca oferind nişte grăunţe pentru moara analistului, aşa cum sunt şi identificările masive descrise precedent şi care apar în prima parte a tratamentului.

De exemplu, dl I. ilustrează reconcretizarea proceselor (la scală mică) de internalizare transmutativă din timpul fazei terminale a analizei. Cu câteva luni înainte de sfârşitul preconizat al analizei sale, el a avut nişte vise grăitoare. În timpul acestei perioade analizandul manifesta în unele momente îngrijorări hipocondriace privind stabilitatea şi consistenţa dezvoltării aparatului său psihic. În alte momente, avea o stare încrezătoare prin care părea să aştepte cu nerăbdare separarea finală de analist, cu o bucurie anticipatorie pentru funcţionarea lui autonomă. În timpul perioadelor de îngrijorare era evidentă

percepţia regresivă a nevoii sale de a-şi întări structura sa psihică prin noi internalizări sub forma (resexualizată) a unor impulsuri de încorporare orale şi anale. Mânca prea mult şi avea vise de natură pasiv-homosexuală, în care analistul urma să-l penetreze în anus. În timpul proceselor ulterioare de control al acestor nevoi renăscute de internalizare, pacientul a portretizat intensitatea acestei încercări de ultim moment de a mai obţine ceva de la (sau, mai bine, din) analist prin următoarele vise, aproape nostime (pacientul dobândise un minimum de umor în timpul analizei — unul dintre semnele evidente de succes pentru astfel de cazuri). Într-unul dintre vise (din partea timpurie a fazei terminale), analistul este descoperit prin intermediul razelor X că locuia înăuntrul intestinelor pacientului. În alt vis (mai aproape de încheierea terapiei) pacientul înghite un clarinet (penisul analistului; sau mai degrabă vocea sa, anume, instrumentul influenţei şi eficacităţii sale în situaţia analitică). Totuşi, după ce instrumentul muzical a fost înghiţit, el continuă să-şi cânte muzica din interiorul pacientului. (Comparaţi acest vis cu fantasmele masturbatorii din cazul dlui A. În acest context, a se vedea mai ales capitolul 3, nota 4.)

Obiectivele procesului de perlaborare privind Sinele grandios activat

Natura transformărilor psihice care sunt provocate în terapia analitică poate fi deseori înţeleasă cel mai bine prin concentrarea pe stadiile intermediare, tranziţionale, ale procesului de perlaborare relevant. În analiza personalităţilor narcisice ne concentrăm pe integrarea graduală şi realistă a grandiozităţii şi exhibiţionismului Sinelui grandios. În acest timp întâlnim frecvent şi în mod caracteristic un stadiu specific în care refularea împovărătoare a resurselor profunde de încredere de sine şi de satisfacţie interioară pare să fi fost în mare parte abolită. În aceste condiţii, par să fi câştigat realismul şi dominanţa Eului. Totuşi, cercetarea mai atentă relevă o complianţă superficială, şi nu o realizare a unei schimbări structurale complete. Voi ilustra acest stadiu tranziţional important cu ajutorul a două viniete clinice.

Dl J., un scriitor talentat şi creativ, în jurul vârstei de treizeci de ani, era în analiză cu mine de ceva timp şi părea să fi atins un grad de gestionare a

grandiozității sale și a exhibiționismului său care îi perturbaseră grav bunăstarea și productivitatea. În multe dintre visele sale din această fază timpurie a analizei, grandiozitatea sa era exprimată în termeni de Superman: putea să zboare. În sfârșit, după ce am făcut o observație mai apăsată cu privire la persistența anumitor aspecte din grandiozitatea pacientului din munca sa, zborul a dispărut din visele sale și a început să se deplaseze în visele sale ca un muritor de rând. În ciuda acestei schimbări dramatice a conținutului manifest din visele sale, grandiozitatea metodelor și scopurilor din profesia lui au persistat și mi-am exprimat îndoielile legate de mersul pe jos evidențiat în vise. În acel moment analizandul a fost capabil să recunoască și să admită că, deși părea să meargă pe jos în vise și deși nu mai zbura, picioarele sale tot erau un pic deasupra pământului (deci tot plutea foarte puțin deasupra solului). Pentru toți privitorii, el părea să meargă normal — doar el știa că picioarele lui nu atingeau de fapt niciodată pământul.

Un alt fenomen ce indică prezența unui stadiu tranziţional analog în timpul procesului de perlaborare a Sinelui grandios îl reprezintă apariția viselor în culori. Dl A., un antreprenor de aproape 30 de ani, cu tendințe homosexuale și fixații narcisice puternice, făcuse un progres serios în cursul analizei. Astfel, ca o consecință a schimbării interne, reușise să își îmbunătățească situația din viața externă. Stabilise o relație apropiată cu o femeie și făcuse pași importanți către atingerea independenței și succesului în sfera profesională. Deși nodul psihopatologiei sale era legat de o fixație asupra imagoului tatălui idealizat și deși marea majoritate a procesului de perlaborare s-a concentrat pe căutarea neîncetată a unei figuri masculine idealizate (o figură masculină puternică, un protector idealizat de care dorea să se atașeze), episodul ce urmează s-a desfășurat în timpul fazei târzii a procesului de perlaborare și s-a concentrat pe o arie subsidiară a psihopatologiei: fixația la Sinele grandios și transferul-oglindă corespondent. Materialul analitic din lunile recente se concentrase pe încercarea lui de a face față dificultăților reale din viața sa profesională, fără să cedeze atracției regresive a fantasmelor grandioase. Aceste fantasme grandioase aveau legătură cu perioade din copilăria sa când îl înlocuise pe tatăl său și când absențele prelungite de acasă ale tatălui și sentimentele acestuia de neajutorare în fața unor circumstanțe externe copleșitoare l-au condus pe pacient să își dorească reînvierea unui obiect puternic al Sinelui și să intensifice investirile în Sinele său grandios. Totuși, spre finalul analizei, pacientul a fost tot mai capabil să funcționeze într-un mod realist. A rezistat tendinței către retragerea narcisică prelungită, chiar dacă deseori se simțea descurajat și destul de îngrijorat cu privire la obstacole inevitabile. Situația externă s-a schimbat gradual în bine și a

recunoscut că realismul său începea să dea roade.

Într-o zi, când era în mod evident încântat în legătură cu o serie de desfășurări favorabile din viața sa profesională, a venit cu un vis care făcea aluzie la niște succese recente și la faptul că acum era un bărbat adult responsabil, implicat în bătăliile vieții și acceptând realitatea acestui rol cu neajunsurile și plăcerile aferente. La această portretizare a realismului și succesului său, pacientul a adăugat două gânduri ulterioare: performanța lui sexuală de dată recentă nu mai era așa cum ar fi trebuit: ejacula prea repede. Apoi — aparent fără legătură cu plângerea despre performanța sexuală —, a menționat că oamenii din vis erau cumva ca niște soldați de jucărie sau ca niște păpuși și că tot visul a fost colorat.

Omit din prezenta explicație legăturile intermediare ce mi-au permis să sesizez semnificația condiției psihice curente a pacientului și voi prezenta doar concluzia finală. În esență, i-am explicat pacientului că faptul de a se vedea pe sine ca jucând rolul de adult în viața reală era încă o experiență nouă. I-am precizat că, parțial, i se părea că ar fi doar o fantasmă a unui copil mic care se joacă de-a „oamenii mari“ (o fantasmă care este brusc distrusă când tatăl se întoarce acasă). Din aceste motive, a reacționat la succesele lui reale cu un oarecare entuziasm anxios — se grăbea să se bucure de ce avea, căci nu știa când vor dispărea. Și i-am evidențiat că Eul său încă nu reușea să accepte în totalitate noua imagine despre sine, despre adultul (calm, lipsit de grabă și de teamă) care devenise. Finalizarea precoce a actului sexual — întotdeauna un indicator sensibil al echilibrului personalității — reprezenta probabil expresia acestor condiții interne. Iar trăsăturile nerealiste din vis și faptul că visul era colorat reprezentau în mod similar o expresie a capacității incomplete a Eului de a integra în totalitate noul concept despre sine. O parte a vechii grandiozități și a exhibiționismului încă se aflau în forma lor neschimbată (amestecată cu concepția adultă despre sine) — acele aspecte nu trecuseră încă printr-o transformare completă. După o reflecție scurtă, pacientul a răspuns încet că l-am înțeles bine și a adăugat că visul nu doar că a fost în culori, ci că a fost în niște culori exagerate, nu tocmai reale, anume în tehnicolor.

Aș vrea să mai adaug aici ipoteza generală că visele colorate sunt deseori vise în tehnicolor. Ele apar adesea ca să semnaleze intruziunea la nivelul Eului a materialului nemodificat (sub pretextul realismului) și mai semnalează incapacitatea Eului de a integra complet materialul. S-ar putea spune că modalitatea tehnicolor exprimă, la nivelul unei trăiri subliminale, entuziasmul anxios și hipomaniacal al Eului cu privire la anumite intruziuni ale grandiozității

şi exhibiţionismului Sinelui grandios.

Deşi metapsihologia privind ejaculatio praecox nu ține strict de discuția noastră, pot fi spuse câteva cuvinte odată ce apare destul de des ca simptom în tulburările de personalitate narcisică. În general, se poate afirma că incapacitatea de a elabora impulsul sexual din timpul actului sexual printr-o varietate de trăiri şi activităţi (pentru a menține astfel tensiunea sexuală fără o descărcare imediată) este cauzată de un deficit din structura psihică de bază ce controlează pulsiunile. Acest deficit reprezintă rezultatul unei lipse cronice de experiențe de frustrare optimă din perioada preoedipiană, experiențe cu rol de structurare psihică. Contează destul de puțin dacă această lipsă de structură vine ca rezultat al personalităților patologice ale părinților (care este de obicei cauza) sau al altor circumstanțe (cum ar fi absența figurilor parentale). Ce este decisiv este faptul că lipsesc oportunitățile pentru dezinvestirea graduală a obiectelor preoedipiene ale copilului, adică există un deficit la nivelul structurii ce asigură internalizările psihice. În consecință, capacitatea copilului de a desexualiza şi de a neutraliza impulsurile și dorințele sale rămâne deficitară. Altfel spus: procesele secundare la astfel de indivizi ocupă doar un strat subțire din suprafața psihicului, așa încât nu pot furniza elaborarea psihică de bază a proceselor asociate cu pulsiunile. Precum în exemplul dlui A., un astfel de psihic poate fi ușor spulberat sub impactul diverşilor factori de stres. Tendința dlui A. către o trăire (homo)sexuală a nevoilor și dorințelor sale și către ejaculatio praecox au fost astfel cauzate de același deficit din structura de bază neutralizatoare a psihicului său.

Procesul de perlaborare la astfel de personalităţi completează internalizările insuficiente și nesigure dobândite în perioada timpurie. Și astfel perlaborarea produce nu doar o dominare crescută din partea proceselor secundare, dar, în paralel, şi o scădere a tendinței de a avea experiențe sexuale în legătură cu materialul psihic non-sexual. Câteodată, astfel de pacienți aduc în vis nevoia de desexualizare (și de diminuare a agresivității) a structurii psihice (de exemplu, dl E.) prin folosirea unor simboluri ale proceselor secundare, precum cărţi sau biblioteci. Mai ales în perioadele când apar separări de analist, ce a început să fie perceput de analizand ca o structură psihică externă, auxiliară. O structură ce funcționează nu doar ca o barieră pentru stimuli în condiții de stres extern, dar şi una care îl sprijină pe analizand să controleze și să modifice pulsiunile sale prin neutralizare și elaborare psihică.

Adulții care posedă o structură psihică în stare să neutralizeze și elaboreze pulsiunile, și pe a cărei funcționare se pot baza, vor fi în stare să renunțe

temporar la procesele secundare (şi o vor face cu plăcere şi fără anxietate), deoarece se simt siguri pe capacitatea lor de a le recupera. În consecinţă, somnul şi orgasmul reprezintă cele mai adecvate terenuri de testare pentru capacitatea unei persoane de a dezinvesti procesele secundare. Pe de altă parte, persoanele a căror structură de bază este şubredă şi firavă (sau stabilizată destul de nesigur) au tendinţa să se teamă de dezinvestirea proceselor secundare. În consecinţă, pot experimenta dificultăţi în a adormi, iar capacitatea de a se abandona plăcerii orgasmului poate fi perturbată în diverse moduri.[45]

Exemplele clinice anterioare ilustrează, prin anumite detalii, reacţiile specifice ce pot apărea în timpul procesului de perlaborare al transferului-oglindă înainte să se producă integrarea mai sigură a Sinelui grandios arhaic la nivelul structurii Eului. Oricare ar fi aceste stadii intermediare, în final Sinele grandios va fi integrat gradual în structura Eului — şi aceasta dacă nu se intervine în procesul de perlaborare. Concomitent, cu cât formele mai arhaice ale mobilizării terapeutice a Sinelui grandios tind să fie înlocuite de transferul-oglindă (în sensul restrâns), cu atât mai clar va fi recunoscută separarea de analist şi analizand (vezi capitolul 5). Totuşi, chiar şi în acest stadiu, analizandul recunoaşte obiectul doar ca sursă de aprobare, laudă şi participare empatică: analistul reprezintă un obiect care satisface nişte nevoi venite din aria de cereri narcisice a pacientului (Hartmann, 1952; Anna Freud, 1952).

În sfârşit, în anumite cazuri, transferul-oglindă dispare de tot spre finalul analizei, moment în care analistul poate deveni fie (a) o figură idealizată narcisic (transfer idealizant), fie (b) un obiect al iubirii către care pacientul îşi extinde investirile narcisice neutralizate sub forma unui exhibiţionism inhibat în privinţa scopului, a unei stime de sine crescute şi a supraestimării obiectului iubit, ceea ce reprezintă instrumente narcisice normale ale iubirii (infantil-incestuoase sau mature).

Dacă transferul-oglindă este până la urmă înlocuit de un transfer idealizant stabil (fie ca a treia fază dintr-un transfer-oglindă secundar, fie la sfârşitul transferului-oglindă primar), atunci putem să presupunem că o parte dintre investirile narcisice a fost deviată întru totul de la Sinele grandios şi acum este folosită pentru investirea imagoului părintelui idealizat. O parte dintre investirile narcisice devine astfel până la urmă disponibilă pentru reîntărirea idealizării Supraeului.

Aceste rezultate ale procesului de perlaborare ale transferului-oglindă trebuie,

totuşi, să fie considerate ca secundare. Aşa cum obiectivul primar al proceselor de perlaborare din transferul idealizant îl reprezintă întărirea structurii de bază neutralizatoare a psihicului, dar şi achiziţia şi întărirea idealurilor, tot aşa, obiectivul primar al proceselor de perlaborare din transferul-oglindă se referă la transformarea Sinelui grandios, proces care conduce la sporirea potenţialului Eului pentru acţiune (prin lărgirea realismului ambiţiilor personalităţii) şi la întărirea unei stime de sine realiste.

Funcţiile analistului în analiza transferului-oglindă

Ca şi în analiza nevrozelor de transfer, activitatea esenţială a analistului are loc în principal în câmpul cognitiv: ascultă, încearcă să înţeleagă şi interpretează. Atenţia sa liber flotantă trebuie să urmeze cursul materialului analitic. În acelaşi timp analistul participă la sarcina lentă, migăloasă şi deseori puţin stimulantă emoţional de a analiza manifestările Sinelui grandios activat din timpul fazei de perlaborare a transferului-oglindă. Transfer în care analizandul atribuie analistului o singură funcţie: să reflecteze şi să fie ecoul grandiozităţii şi exhibiţionismului lui. În acest transfer (fuzional sau gemelar), analizandul îl limitează pe analist la o existenţă mai mult sau mai puţin anonimă — fie prin includerea analistului în sistemul grandiozităţii sale, fie prin transformarea acestuia într-o replică fidelă a pacientului.[46]

Cerinţele analizandului pentru a i se oferi atenţie, admiraţie şi alte forme de răspuns (oglindire şi ecou) Sinelui său grandios mobilizat în transferul-oglindă în sens restrâns nu reprezintă de obicei mari probleme cognitive pentru analist. Chiar dacă s-ar putea să fie nevoie de multă finețe în înţelegerea pacientului, astfel încât analistul să ţină pasul cu negările defensive ale acestuia, exprimate prin solicitările sale şi prin retragerea generală a acestor cerinţe atunci când răspunsurile nu sunt suficient de empatice. Totuşi, dacă analistul înţelege cererile Sinelui grandios în contextul stadiului său de dezvoltare şi dacă îşi dă seama că e greşit să tot subliniezi că cererile pacientului sunt nerealiste, atunci pacientul îşi va revela gradual dorinţele şi fantasmele Sinelui grandios (mai ales atunci când analistul îi dă de înţeles pacientului că cererile sale sunt adecvate pentru contextul stadiului timpuriu de dezvoltare ce este reactivat în transfer şi că

acestea trebuie exprimate). Astfel se iniţiază procesul lent ce duce la integrarea Sinelui grandios în structura Eului-realitate şi la o transformare adaptativă şi folositoare a energiilor sale. Procesul poate să se desfăşoare cu paşi aproape imperceptibili şi deseori fără explicaţii specifice din partea analistului.

Faptul că analistul acceptă cererile narcisice ale analizandului (care sunt adecvate cu faza aferentă de dezvoltare psihică) contracarează tendinţa cronică a Eului-realitate de a îşi face un zid în faţa structurilor narcisice nerealiste, prin mecanisme precum refularea, izolarea şi dezavuarea.[47] Aş vrea să mă refer la o schimbare structurală cronică ce este corelată cu dezavuarea şi care aduce o modificare a terminologiei lui Freud (1927/2010, 1937b/2010) — este vorba despre clivajul vertical din psihic. Manifestările ideatice şi emoţionale ale clivajului vertical al psihicului — în contrast cu clivajele orizontale (cum sunt cele produse la un nivel mai adânc de regresie şi la un nivel superior prin negare — Freud, 1925/2010) — sunt corelate cu existenţa paralelă în conştient a unor atitudini psihice incompatibile în profunzime.[48]

Natura intervenţiilor analistului este influenţată în mod decisiv de perspectiva sa privind baza metapsihologică a psihopatologiei pe care o analizează. Privitor la metapsihologia psihopatologiei acelor pacienţi cu tulburări de personalitate narcisică (la care integrarea eşuată a Sinelui grandios stă la baza tulburării), se vor diferenţia două grupuri. Primul grup, mai puţin numeros, cuprinde acele persoane la care Sinele grandios arhaic este prezent în mod predominant într-o stare refulată şi/sau clivată. De vreme ce ne ocupăm aici cu clivajul orizontal din psihic ce privează Eul-realitate de nutrienţii narcisici din sursele profunde ale energiei narcisice, simptomatologia se va vedea în deficitele narcisice (stimă de sine scăzută, depresii vagi, absenţa chefului de muncă, lipsa iniţiativei etc.).

Al doilea grup, mai cuprinzător decât primul, include acele cazuri în care Sinele grandios, mai mult sau mai puţin modificat, este exclus din domeniul sectorului realist al psihicului printr-un clivaj vertical. În consecinţă, de vreme ce Sinele grandios poate să fie prezent în conştiinţă şi, în orice caz, poate influenţa multe activităţi ale acestor personalităţi, efectul simptomatic este, în parte, diferit de cel întâlnit în primul grup. Totuşi, atitudinile manifeste ale pacienţilor nu sunt consecvente. Pe de o parte, sunt vanitoşi, lăudăroşi şi aroganţi în ce priveşte cererile lor grandioase. Pe de altă parte, manifestă simptome şi atitudini ce seamănă cu cele din primul grup de pacienţi, dar care sunt într-o frapantă contradicţie cu afişarea grandiozităţii sectorului clivat[49]. Acest fapt se petrece deoarece ei adăpostesc (pe lângă grandiozitatea lor conştientă, dar clivată) un

Sine grandios refulat în tăcere, ce este îngropat în mod inaccesibil în profunzimile personalităţii (clivaj orizontal). Condiţiile ce prevalează în acest al doilea grup de pacienţi vor fi ilustrate imediat cu ajutorul unei viniete (cazul lui J.; vezi şi cazul lui F. din capitolul 11).

Principiul tehnic decisiv ce determină atitudinea analistului este următorul: Analistul nu se adresează nici părţii din psihic unde este refulată grandiozitatea (analistul nu vorbeşte cu Se-ul), nici acelei părţi a psihicului care este clivată (incluzând aici şi aspectele clivate ce ţin de Eu). Analistul vorbeşte întotdeauna cu Eul-realitate (sau cu ce a rămas din el). Nu trebuie nici să încerce să educe sectorul grandios conştient al psihicului, aşa cum nu încearcă să educe nici Se-ul. Trebuie să îşi concentreze eforturile pe a-i explica Eului-realitate (inclusiv apărărilor Eului) care sunt părţilor clivate (vertical şi orizontal), pentru a deschide drumul către dominarea lor completă. Doar prin sesizarea acestor relaţii este rezolvat paradoxul aparent din tehnica terapeutică: cererile narcisice manifeste ale analizandului, afişate câteodată chiar zgomotos, vor fi contracarate nu printr-o atitudine educaţională prohibitorie şi nici printr-un realism dojenitor, ci printr-o atitudine de acceptare ce subliniază adecvarea (din punctul de vedere al etapei dezvoltaţionale) acestor cereri din contextul reactivării stadiului arhaic. În consecinţă, pacientul ajunge faţă în faţă cu apărările pe care anterior nu le conştientizase şi care l-au ferit de recunoaşterea faptului că sectorul central şi cel mai important al personalităţii sale este privat de fluxul libidoului narcisic ce susţine stima de sine. (Iar această recunoaştere vine în ciuda asigurărilor narcisice care veneau dinspre un sector al psihicului său.)

Circumstanţele clinice propriu-zise sunt de obicei foarte complexe deoarece distorsiunile Eului (ce necesită temporar puţină presiune educaţională, vezi Kernberg, 1969) pot să aibă loc, în anumite perioade, în sectorul psihicului cel mai apropiat de raportarea la realitate. În sfârşit, aşa cum a mai fost indicat anterior, noi, terapeuţii, nu ne confruntăm doar cu reticenţa Eului-realitate de a face faţă direct aspectelor conştiente (dar clivate) ale grandiozităţii şi de a accepta relevanţa lor psihică, ci şi cu frica sa (inconştientă) legată de cererile Sinelui grandios arhaic şi refulat. (Aceste din urmă cerinţe seamănă destul de puţin cu revendicările conştiente ale pacientului de măreţie şi unicitate.) În aceste situaţii, empatia şi experienţa clinică a analistului trebuie să se combine cu multă răbdare, pentru a-i permite să identifice acele pârghii, concrete, deşi deseori subtile, ce îi permit să mobilizeze şi să înlăture obstacolele endopsihice care blochează apropierea de aspectele refulate (şi altfel inaccesibile) ale Sinelui grandios arhaic.

De exemplu, în cazul dlui J., unde grandiozitatea şi exhibiţionismul erau afişate în mod clar în anumite zone, mult timp ni s-a părut că nu aveam o cale de acces la straturile mai profunde ale Sinelui grandios. Astfel, exista o tentaţie destul de mare de a contracara cererile sale nerealiste cu povăţuiri şi alte mijloace educaţionale. Într-o zi (acest episod a avut loc după cel descris mai sus), pacientul a menţionat degajat că, atunci când termina cu bărbieritul de dimineaţă, întotdeauna îşi curăţa cu grijă pămătuful de bărbierit, îşi curăţa şi îşi usca aparatul de ras şi chiar îşi curăţa chiuveta, înainte să îşi spele şi să îşi usuce faţa. Relatarea părea irelevantă. Totuşi era povestită într-un mod uşor arogant şi tensionat, ceea ce a trezit atenţia analistului. Aroganţa perceptibilă în timp ce pacientul descria tabietul bărbieritului contrasta puternic cu aroganţa evidentă cu care îşi urmărea multe dintre revendicările narcisice. Tonalitatea afectivă actuală era de aroganţă defensivă (o reacţie motivată, aşa cum se va vedea imediat, de conştientizarea bruscă a faptului că transferul narcisic central fusese activat în procesul analitic). Această aroganţă defensivă a apărut sub forma unei trufii tensionate şi ruşinate.

Nu voi intra în detaliile clinice ale acestui episod şi voi ignora rezistenţele specifice care se opuneau investigării acelei relatări aparent banale a pacientului. Totuşi, retrospectiv, această banală relatare poate fi evaluată ca un prim indiciu al existenţei unui fir ce a dus către descoperirea unui aspect important din personalitatea pacientului şi către dezvăluirea unei părţi din copilăria lui care s-a dovedit semnificativă din punct de vedere genetic. Până în acest punct al terapiei, fusesem conştient doar de vanitatea evidentă a pacientului şi de acea parte din istoricul copilăriei ce era corelată cu aroganţa sa — aflasem că primise laude (nemăsurate) din partea mamei pentru diverse reuşite în care ea îl punea în evidenţă mai mult pentru a-şi întări propria ei stimă de sine. Acest sector grandios-exhibiţionist din personalitatea sa, afişat în mod vizibil, a ocupat de-a lungul vieţii lui centrul conştient al scenei psihice. Cu toate acestea, acest sector psihic nu era trăit ca ceva complet real, nu îi oferea o satisfacţie durabilă şi rămânea clivat faţă de un alt sector coexistent şi localizat mult mai central în psihicul său — în acest sector, el avea acele trăiri depresive vagi cuplate cu ruşine şi ipohondrie, aspecte care l-au făcut să caute ajutor psihanalitic.

La început am fost tentat să explic înclinaţiile depresive şi ruşinoase ale pacientului, cât şi ipohondria bazându-mă pe existenţa unei relaţii dinamice directe între aceste simptome şi grandiozitatea evidentă a pacientului. Cu alte cuvinte, cineva s-ar fi putut gândi că aşteptările ambiţioase ale mamei sale în privinţa lui au fost internalizate în Supraeu şi au format un Ideal al Eului (sau un

Sine ideal) nerealist şi imposibil de atins (Saul, 1947, p. 92 şi urm.; Piers şi Singer, 1953; Sandler şi alţii, 1963, p. 156 şi urm.). Prin comparaţie cu acest ideal, pacientul simţea că eşuase într-un mod ruşinos.[50] Totuşi, situaţia psihică reală era destul de diferită. Partea simptomatică din comportamentul pacientului, acel obicei aparent banal de a se bărbieri, a fost primul indiciu al prezenţei unei arii neinvestigate până acum din personalitatea pacientului. Pornind de aici, analiza a luat-o într-o direcţie nouă care a permis accesul către un Sine grandios arhaic inconştient (mai exact: refulat de-o manieră nesecurizantă). Refularea acestei structuri psihice (şi nu solicitările unui Supraeu idealizat) a fost cea care a cauzat stările depresive ale pacientului şi înclinaţiile sale către ruşine şi ipohondrie.

Obiceiul bărbieritului, care avea o tentă masochistă, reprezenta expresia unei respingeri specifice a Sinelui corporal. Era replica endopsihică a interacţiunii dintre nevoia sa de răspuns la anumite dorinţe arhaice grandios-exhibiţioniste (refulate în mod anxios) care priveau acceptarea Sinelui corporal şi incapacitatea mamei de a răspunde la aceste dorinţe. În ciuda unor rezistenţe puternice (motivate de ruşinea profundă, de frica de suprastimulare şi de teama de dezamăgirea traumatizantă), transferul narcisic a început să se centreze gradual în jurul nevoii sale de a-i fi confirmat Sinele-minte-corp prin acceptarea admirativă din partea analistului. Şi tot gradual am început să înţelegem poziţia pivotală şi dinamică în transfer a fricii pacientului că analistul va prefera posesiunile sale materiale în detrimentul pacientului. Aşa cum şi mama pacientului a putut să iubească doar ceea ce putea poseda şi controla în totalitate (bijuteriile ei, mobila, bibelourile, argintăria). Apoi era teama că analistul, tot ca mama, îl va valoriza pe pacient doar ca pe un vehicul ce duce către propria lui preamărire; şi că eu (terapeutul) nu îl voi accepta dacă el îşi va afişa, din proprie iniţiativă, corpul şi mintea şi dacă va insista să îşi obţină în mod independent propriile sale recompense narcisice. Doar după ce a dobândit mai multe insighturi legate de aceste aspecte ale personalităţii sale, pacientul a început să resimtă nevoia profundă de acceptare a unui sine corporal arhaic, nemodificat în privinţa grandiozităţii şi exhibiţionismului. Această nevoie a fost mult timp ascunsă sub afişarea cererilor narcisice pe linia sectorului clivat al psihicului. Şi doar după ce a fost iniţiat un proces de perlaborare, pacientul şi-a permis, în final, „să îşi prefere faţa în locul aparatului de ras“[51], aşa cum a formulat el în glumă.

În general, putem spune, aşa cum s-a văzut în vinieta precedentă, că munca îndelungată ce produce slăbirea barierei defensive (care se opune integrării unui

sector clivat „vertical“ în sectorul central al psihicului) duce către un nou echilibru dinamic la nivelul analizandului.

Care este natura muncii analitice ce are loc în marginea acestor bariere „verticale“? Ce activităţi poate întreprinde analistul astfel încât să se intensifice transformările endopsihice aferente? Ce urmărește aici terapeutul nu este clasica „conștientizare“ cu ajutorul interpretărilor. Sarcina analistului (în cazul clivajului vertical) este asemănătoare cu abolirea mecanismului de apărare al „izolării“, așa cum se întâmplă în analiza pacientului obsesional. Deşi circumstanţele din situaţia clivajului vertical seamănă până la un punct cu cele din nevroza obsesională, ele nu sunt deloc identice. În tulburările de personalitate narcisică (incluzând, mai ales, anumite perversiuni), nu avem de-a face cu izolarea, unul față de celălalt, a conţinuturilor circumscrise şi nici cu izolarea gândirii față de afect. Ci, aici, avem de-a face cu existenţa alăturată a unor orientări profund dispersate ale personalităţii. Este o existență alăturată a unor atitudini coezive ale personalității, fiecare având propriile obiective structurale, scopuri legate de plăcere, valori morale și estetice. În astfel de cazuri, scopul muncii analitice este să determine sectorul central al personalității să recunoască realitatea psihică a existenței simultane a (1) unor scopuri narcisice și/sau perverse conștiente și preconștiente nealterate și (2) a unor obiective structurale realiste și a unor standarde morale și estetice ce rezidă în sectorul central. Numeroasele modalităţi prin care poate fi încurajată o mai bună integrare a sectorului clivat sunt greu de descris la modul succint. Dar o modalitate concretă (ce apare frecvent) este reprezentată de depășirea rezistenţelor de multe ori severe — și motivate în principal de rușine — care se opun „simplei“ descrieri a comportamentului narcisic evident, a fantasmelor sau activităților perverse conștiente și a altor fenomene similare. Expresia „simplă descriere“ are la bază o neînțelegere profundă a relațiilor dinamice ce prevalează la astfel de indivizi. Analistul informat va înțelege cât de dificil este pentru pacient să accepte sectorul clivat ca fiind într-adevăr adiacent celui central. Iar analistul va realiza amploarea schimbărilor endopsihice abia atunci când pacientul va reuși să dea la o parte vălul precedent evaziv și ambiguu și va descrie (fără distorsiune) fanteziile sale perverse sau cererile și comportamentele grandioase conștiente. Aparent paradoxal, acceptarea realității sectorului clivat este deseori acompaniată de un sentiment de uimire stranie. „Chiar eu sunt acela?“, se întreabă pacientul. „Cum am ajuns eu așa?“ Sau, de exemplu, când încă este prins în punerea în scenă a activităților perverse: „Oare ce fac aici?“. Aceste sentimente de uimire și stranietate nu trebuie, desigur, să fie confundate cu manifestările stării clivate precedente. Dimpotrivă, aceste sentimente sunt datorate faptului că, pentru prima

oară, sectorul central, cu propriile sale scopuri şi propriile sale valori morale şi estetice este într-adevăr în contact cu celălalt sector şi este capabil să îl cuprindă în totalitatea sa.

Oricare ar fi substanţa muncii cooperante dintre analizand şi analist din timpul acestei perioade a analizei, rezultatul decisiv din punct de vedere analitic îl reprezintă angajamentul crescut în transfer al sectorului central al psihicului, ceea ce presupune activarea cererilor narcisice inconştiente ale pacientului şi accesibilizarea lor pentru o perlaborare sistematică. Doar acest tip de travaliu — şi nu eforturile educaţionale cu privire la grandiozitatea clivată şi fătişă a pacientului — poate duce la integrarea completă a cerinţelor narcisice ale pacientului în cadrul reţelei potenţialităţilor sale reale. Odată cu creşterea acceptării narcisismului său arhaic şi odată cu sporirea dominaţiei Eului, pacientul îşi va da seama de ineficienţa expunerii narcisice anterioare din sectorul clivat. Aşa cum un pacient isteric poate să repună în act de-a lungul vieţii sale o scenă infantilă traumatică prin numeroase atacuri isterice, fără să aibă parte de vreo schimbare structurală benefică, la fel se întâmplă şi în cazul exprimării cererilor narcisice prin intermediul sectorului clivat (vertical) al personalităţii sale. Acceptarea graduală a cererilor narcisice profunde de către Eul-realitate va duce la acele transformări benefice în câmpul narcisic ce reprezintă în fapt scopul procesului de perlaborare din analiza pacienţilor cu tulburări de personalitate narcisică.

Deşi interpretarea grafică a relaţiilor psihice poate fi pe bună dreptate criticată ca fiind o suprasimplificare, schiţa noastră ar trebui scuzată de vreme ce este menită să servească cititorului ca ajutor spre înţelegerea complexităţilor structurale şi dinamice ale vinietei clinice prezentate mai sus.

Întărirea structurii psihice, obţinută prin eliberarea energiilor instinctuale care fuseseră legate de configuraţiile narcisice arhaice, a fost discutată în cazul renunţării la obiectul arhaic prestructural: imagoul părintelui idealizat. Ipoteza oferită în acel context include şi principiile care ghidează transformările structurale ale Sinelui grandios.

Frica iraţională de înălţime (acrofobia), aşa cum am putut constata din observaţiile psihanalitice a două cazuri, nu este construită după modelul unui simptom psihonevrotic, cel puţin în unele cazuri (deci nu ţine de o anxietate de castrare, ca reacţie la mobilizarea unor dorinţe incestuoase — vezi, în acest context, Bond, 1952). Această frică de înălţime este cauzată de mobilizarea

credinţelor infantile în capacitatea de a zbura. Şi mai specific: Sinele grandios nemodificat împinge Eul să sară în gol cu scopul de a pluti sau de a naviga prin spaţiu. Totuşi, Eul-realitate reacţionează cu anxietate la acele porţiuni din câmpul său care au tendinţa de a se supune acelor cerinţe periculoase.

Psihopatologia esenţială ce dă seama pentru aceste cazuri de acrofobie este pusă în paralel cu cea care formează substratul metapsihologic pentru anumite cazuri de rău de mişcare (vezi Kohut, 1970a). Cu alte cuvinte, înclinaţia anumitor indivizi de a dezvolta un rău de mişcare nu este structurată ca un simptom isteric. Adică simptomul nu apare ca o consecinţă a faptului că expunerea la mişcări ritmice reînvie experienţele interzise ale stimulării sexuale infantile. Ci simptomul apare ca o consecinţă a repetiţiei unei perturbări a fuziunii cu obiectul Sinelui idealizat. De exemplu, putem avea o expunere a unei persoane la o situaţie externă (a fi în maşină cu un şofer neempatic) care seamănă cu modul neempatic în care obiectul idealizat a purtat copilul ce încerca să câştige stabilitate psihică şi siguranţă prin fuziunea cu acel obiect.

Pentru o discuţie generală legată de geneza şi funcţia „fantasmelor de grandoare şi omnipotenţă“, vezi remarcile relevante des întâlnite în multe dintre eseurile lui J. Lamp-de Groot (1965, în special, pp. 132, 218, 236, 269, 314, 320, 352 şi urm.). Privitor la fantasmele tipice, în mod particular fantasma de a zbura, vezi de asemenea Kohut (1966a, p. 235 şi urm. şi p. 256 şi urm.), unde se găseşte o ilustrare specifică privind o fantasmă legată de zbor care a fost integrată într-un comportament adaptat realităţii.

Pentru o discuţie legată de schimbările prin care trec fantasmele inconştiente în procesul de conştientizare şi pentru o indicaţie a posibilităţii ca unele fantasme nealterate din procesul primar să rămână „dincolo de busola conştienţei, precum razele ultraviolete scapă vederii“, vezi Kohut (1964, p. 200).

Această analiză a fost condusă de un coleg ce avea consultări regulate cu mine.

Paul Tolpin (1969) oferă o ilustrație instructivă a anxietății specifice pe care ar putea să o producă trăirea orgasmică la o persoană definită de o fragilitate a structurii psihice menite să controleze și să elaboreze pulsiunile. Pacientul lui Tolpin a descris trăirea Eului din timpul somnului legată de creșterea tensiunii sexuale (și însoțită de o ejaculare nocturnă) ca pe un tren ce mergea cu mare viteză. El s-a ridicat de pe scaunul lui și a început să înainteze trecând dintr-un vagon în altul, când a realizat că și-a uitat cărțile pe locul său și a voit să se reîntoarcă în vagonul său. Dar era prea târziu: și-a dat seama cu groază că partea de tren în care era acum s-a separat de partea unde își lăsase cărțile. Acest vis portretizează trăirea creșterii tensiunii sexuale (trecerea dintr-un vagon în altul) și recunoașterea anxioasă că Eul a fost cucerit ireversibil de trăirea sexuală, deci a pierdut accesul la procesele secundare de control și elaborare a pulsiunilor (cărțile). Desigur, faptul că simptomul major al pacientului era ejaculatio praecox este pe deplin compatibil cu deficitul existent la nivelul structurii psihice de neutralizare și elaborare a pulsiunilor.

Vezi în acest context Koff (1957; pp. 430 și urm.). Analistul care devine „o extensie voită a pacientului“ este descris ca fiind în serviciul stabilirii unui „rapport (relație armonioasă)“. (Vezi discuția mea legată de diferența dintre „rapport [relație armonioasă]“ și „transfer narcisic“ în capitolul 1 și 8.)

Pentru o comparație cu condițiile similare ce prevalează cu privire la obiectul idealizat, vezi capitolul 4, n. 1. Basch (1968) revizuiește relația dintre realitatea externă și dezavuare și examinează poziția semnificativă pe care o ocupă dezavuarea printre celelalte mecanisme de apărare.

Fetișul fetișistului trebuie înțeles de asemenea ca un conținut psihic al unui sector clivat (vertical) în profunzime. Partea de Eu din acest sector clivat al psihicului fetișistului se află sub influența Se-ului cu care se află într-un contact neîntrerupt. (În acest context, vezi Schafer 1968, p. 99, care vorbește despre „suborganizări ce includ elemente din sistemul Se-ului și al Supraeului, dar și

din sistemul Eului“.) Rezultatul manifest — în armonie cu aceste relaţii structurale — nu este reprezentat în consecinţă de credinţa deschisă că femeile ar avea penis. În schimb, fetişistul resimte dorinţe conştiente ce sunt în acord cu convingerea că există o femeie falică — această credinţă este păstrată în straturile adânci (inconştiente) din sectorul clivat al psihicului.

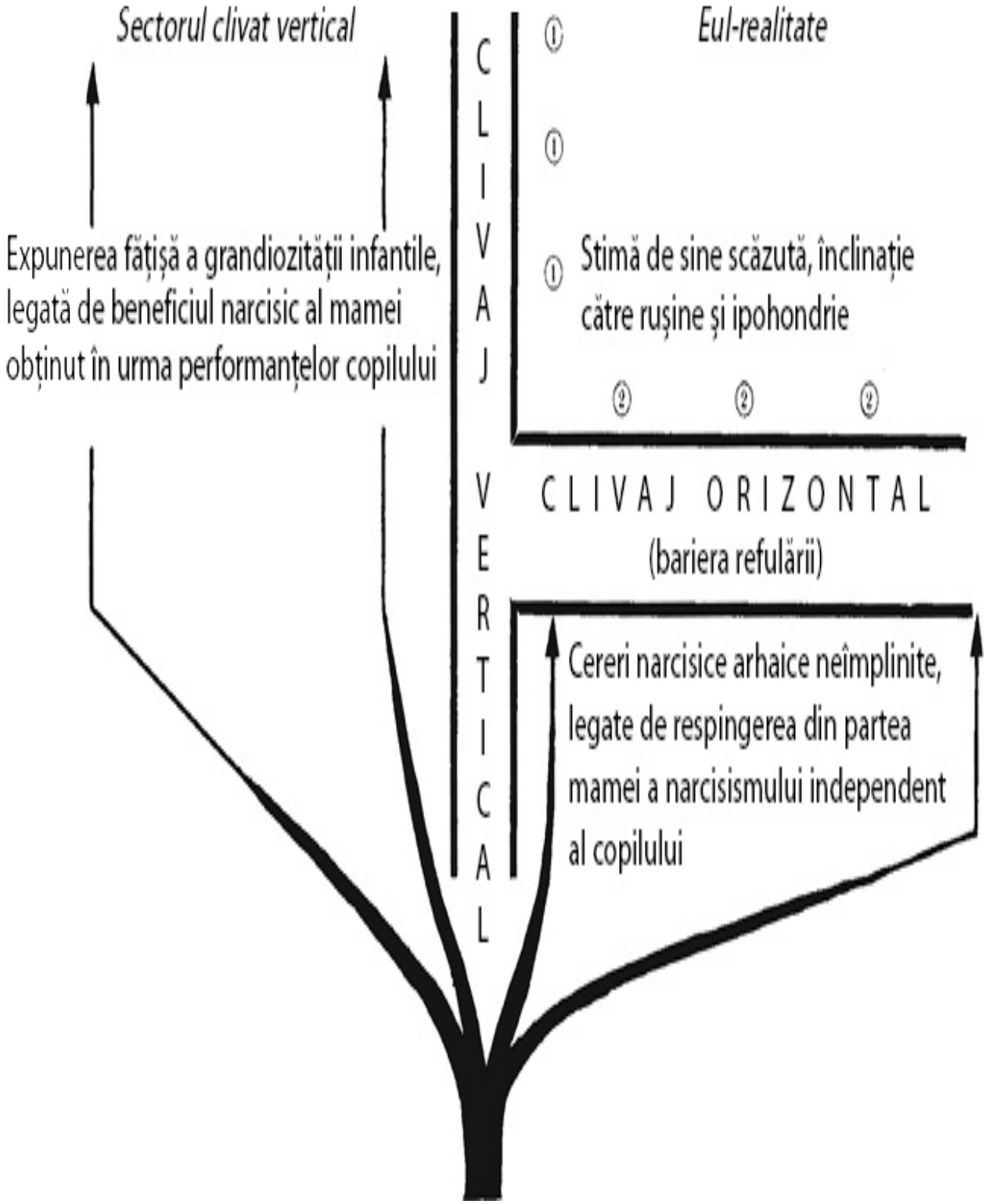
E de la sine înţeles că există şi un al treilea mod de distribuire a narcisismului, ce se apropie de condiţiile optime, în care grandiozitatea şi exhibiţionismul nu sunt nici refulate, nici clivate şi refulate într-un grad psihoeconomic semnificativ. În acest caz, sursele profunde de grandiozitate şi exhibiţionism — după ce au fost adecvat inhibate în privinţa scopului, îmblânzite şi neutralizate — îşi găsesc calea pentru a deveni aliate cu aspectele Eului orientate către realitate.

Semnalele mici (şi subliminale) de ruşine joacă un rol în menţinerea echilibrului homeostatic narcisic dintre Supraeu şi Eu. Interacţiunile de bază dintre Se (Sinele grandios inconştient) şi Eu, ce sunt responsabile de producerea ruşinii dureroase, pot fi utilizate în mod secundar de toate culturile (Benedict, 1934) şi de toţi educatorii (parentali) individuali (Sandler şi alţii. 1963) în serviciul valorilor care sunt integrate în Supraeu. Ideea că ruşinea reprezintă în general o reacţie a Eului ce a eşuat în a îndeplini cererile şi aşteptările (posibil nerealiste) ale unui Ideal strict al Eului (Saul, 1947) trebuie respinsă nu doar din motive teoretice, dar şi din motive susţinute de observaţii clinice. Mulţi indivizi ce sunt predispuşi către ruşine nu posedă idealuri puternice. Majoritatea sunt oameni exhibiţionişti ce sunt impulsionaţi de ambiţiile lor. Astfel, dezechilibrul lor psihic (trăit ca ruşine) este cauzat de invadarea Eului cu un exhibiţionism non-neutralizat — deci nu este vorba de o slăbiciune a Eului vizavi de un sistem evident de idealuri puternice. Reacţiile intense ale unor astfel de persoane faţă de ezitările şi eşecurile lor nu sunt cauzate de activitatea Supraeului (cu excepţia unor cazuri rare). După ce au suferit diverse înfrângeri legate de atingerea obiectivelor lor ambiţioase şi exhibiţioniste, astfel de indivizi resimt mai întâi o ruşine mistuitoare şi apoi, destul de des, comparându-se cu un rival de succes, ajung să simtă o invidie intensă. Aceste stări de ruşine şi invidie pot fi urmate în cele din urmă de impulsuri autodistructive. Şi acestea trebuie înţelese nu ca nişte atacuri ale Supraeului către Eu, ci ca încercări ale Eului suferind de a anula Sinele, astfel încât să şteargă realitatea jignitoare şi dezamăgitoare a eşecului. Cu

alte cuvinte, impulsurile autodistructive nu trebuie înţelese în aceste situaţii ca fiind similare cu impulsurile suicidare ale pacientului depresiv, ci trebuie văzute ca expresie a furiei narcisice. În sfârşit, trebuie luat în calcul faptul că progresul analitic în cazul persoanelor predispuse la ruşine nu este realizat de obicei pe baza încercării de a diminua puterea idealurilor stricte (o greşeală tehnică frecventă!), ci deseori (pe lângă întărirea Eului vizavi de cererile Sinelui grandios, ceea ce aduce un control sporit al exhibiţionismului şi grandiozităţii) progresul analitic este atins pe baza modificării direcţiei investirilor narcisice dinspre Sinele grandios către Supraeu. Deci e nevoie de o întărire a idealizării acestei structuri.

Puterea comunicativă inerentă în astfel de remarci provine din capacitatea lor de a servi ca un punct central de insighturi valide obținute din greu. În ciuda folosirii lor repetitive, ele nu au o calitate defensivă sau goală de conținut (ca un clișeu), ci radiază căldura și înțelesul profund ale unei „glume de familie“ (E. Kris, citat de Stein, 1958 în eseul său valoros despre clișee în analiză). Vezi și Kohut (1956b).

Diagrama 3


Sectorul clivat vertical
Eul-realitate
CLIVAJ VERTICAL
Expunerea fățișă a grandiozității infantile, legată de beneficiul narcisic al mamei obținut în urma performanțelor copilului
Stimă de sine scăzută, înclinație către rușine și ipohondrie
CLIVAJ ORIZONTAL
(bariera refulării)
Cereri narcisice arhaice neîmplinite, legate de respingerea din partea mamei a narcisismului independent al copilului

Săgeţile din diagramă reprezintă curgerea energiilor narcisice (exhibiţionism şi grandiozitate). În prima parte a analizei efortul terapeutic major este direcţionat către îndepărtarea barierei verticale (menţinute prin dezavuare), pentru ca Eul-realitate să poată controla narcisismul infantil nealterat din sectorul clivat al psihicului (a se vedea punctele marcate cu 1). Energiile narcisice, care sunt astfel blocate în a se exprima în sectorul clivat vertical (partea stângă a diagramei), reîntăresc acum presiunea narcisică împotriva barierei refulării (partea dreaptă a diagramei). Efortul major din partea a doua a analizei vizează îndepărtarea barierei orizontale (menţinută de refulare), astfel încât Eul-realitate (şi reprezentarea Sinelui din cadrul acestuia) să fie acum alimentat cu energii narcisice care să dea deoparte stima de sine joasă, înclinaţia către ruşine şi ipohondria ce au prevalat atât timp cât au fost private de energiile narcisice (a se vedea punctele marcate cu 2).

În cele ce urmează, voi face o remarcă generală despre formarea de structură (din perspectiva configuraţiilor narcisice arhaice), dar voi face şi câteva observaţii specifice despre diferenţele ce există între rolul jucat de imagoul părintelui idealizat şi cel jucat de Sinele grandios în acest context.

Cu excepţia idealizării Supraeului, ce reprezintă rezultatul internalizării oedipiene a imagoului părintelui idealizat, noile structuri aparţin în general ariei de neutralizare progresivă, un sector al aparatului psihic în care profunzimea psihicului se află într-un contact neîntrerupt cu suprafaţa (vezi diagrama de la p. 136 din Kohut şi Seitz, 1963).

Acele structuri stipulate în acest câmp, ce sunt derivate din internalizările preoedipiene ale imagoului părintelui idealizat, au în general o funcţie de reducere a pulsiunilor. Mai specific pentru contextul nostru, ele constituie un filtru fin pentru exprimarea cererilor narcisice arhaice şi formează structura psihică necesară pentru neutralizarea acelor cerinţe. Aşa cum am afirmat în capitolul 2, cred, totuşi, că aceste elemente narcisice structurale joacă de asemenea un rol (unul secundar) şi în neutralizarea pulsiunilor sexuale şi agresive orientate către obiect. Analog cu rolul lor în Supraeu, investirile narcisice sunt şi aici amestecate cu investirile pulsionale sexuale şi agresive (vezi Hartmann, 1950b, p. 132), furnizându-le acea autoritate absolutistă care —

ca și în cazul Supraeului — dă seama pentru puterea și eficiența lor.

Structurile dobândite preoedipian, ca răspuns la integrarea graduală a Sinelui grandios arhaic, se stabilesc de asemenea și în aria neutralizării progresive. Adică în sectorul personalității unde profunzimea și suprafața formează un continuum neîntrerupt și unde straturile psihicului orientate către realitate sunt astfel capabile să folosească surse mai profunde de energie pentru scopurile lor. În contrast cu autonomia Eului (Hartmann, 1939), mă voi referi la această condiție prin sintagma dominația Eului. Preluând celebra metaforă a lui Freud (1923), ne putem gândi la primul tip de Eu ca și cum ar fi călărețul care este jos de pe cal; iar al doilea ar fi călărețul de pe cal. Structurile construite ca răspuns la cererile Sinelui grandios par în general să se ocupe mai puțin de reducerea cererilor narcisice și mai degrabă de canalizarea și modificarea exprimării lor. Ele sunt diferite de structurile stabilite în urma dezinvestirii imagoului părintelui idealizat. Structurile ivite preoedipian în acest context conduc în mod specific către o varietate de elaborări ale nevoilor narcisice (potrivite fazei de dezvoltare), ceea ce își lasă amprenta asupra personalității adulte. Totuși, nu se pot stabili reguli clare în acest context care depinde mult de interacțiunea dintre copii și părinți. Tot ce se poate spune este faptul că, probabil, acele structuri psihice preoedipiene responsabile de reducerea pulsiunilor (incluzând aici și componentele narcisice ale acestor structuri) sunt cel mai puternic influențate de frustrările din mediu. În schimb, structurile ce canalizează pulsiunile (din nou, incluzând și componentele lor narcisice) sunt cel mai puternic influențate de echipamentul pulsional înnăscut al copilului, de resursele înnăscute ale Eului și de ghidarea părinților (ca substitut de structură). Întrebarea legată de cât de mult sunt aceste condiții influențate de mediul cultural și de factorii congenitali din materialul psihic al copilului nu își poate găsi un răspuns în contextul studiului de față, care se bazează în principal pe observațiile materialului obținut în situația psihanalitică.

În sfârșit, în timpul perioadei oedipiene, paralel cu dezinvestirea obiectului glorificat al Sinelui, copilul renunță și la imaginea de sine grandioasă și nerealistă. Această renunțare se produce sub impactul recunoașterii (adecvate stadiului de dezvoltare) a naturii iluzorii a fantasmelor oedipiene nemodificate privind narcisismul falic victorios. Această dezinvestire finală și masivă (dar potrivită fazei) a grandiozității infantile nemodificate furnizează acum energiile narcisice pentru investirea coezivă a sinelui realist, pentru stima de sine realistă și pentru capacitatea de a se bucura de funcțiile și activitățile realiste.

Deşi consideraţiile anterioare au fost prezentate în termeni de dezvoltare psihică, ele se pot aplica mutatis mutandis, cu aceeaşi relevanţă, şi situaţiei analitice. Aceasta este până la urmă, în esenţă, construită pentru a produce un proces în care condiţiile de dezvoltare originare sunt reactivate şi oportunităţile vechi de dezvoltare sunt din nou aduse în joc. Înţelegerea empatică (în transfer) a stadiilor de dezvoltare timpurii ale Sinelui grandios nu se realizează foarte uşor. De exemplu, este foarte dificil pentru analist se rămână conştient de faptul că relativa lipsă de conţinut a analizei pe perioade lungi de timp reprezintă o manifestare adecvată a unei relaţii narcisice arhaice. Această sărăcie a conţinutului se referă la existenţa a puţine imagini obiectuale — atât în general (cu privire la figurile din trecutul pacientului), cât şi în particular (cu referire la figura analistului însuşi). Dacă o fuziune cu analistul a fost stabilită prin extensia unui Sine grandios arhaic, se poate să nu apară nicio referinţă recognoscibilă cu privire la analist. Iar în raportările psihice gemelare[52] la analist, imaginile obiectuale apar sistematic şi coeziv doar cu privire la trăirea arhaică a pacientului privind propriul său Sine grandios, care iese la iveală gradual din refulare (punctul 2 din diagrama 3) sau care este recunoscut ca fiind relevant de către Eul-realitate după ce a fost îndepărtată bariera dezavuării ce separa grandiozitatea clivată de Eul-realitate (punctul 1 din diagrama 3)

O neînţelegere frecventă a transferului-oglindă în general şi a activării terapeutice a celor mai arhaice stadii ale Sinelui grandios în particular rezidă în a considera aceste procese ca pe un rezultat al rezistenţei larg răspândite împotriva instalării unui transfer obiectual-instinctual. Şi multe dintre analizele tulburărilor de personalitate narcisică sunt fie scurt-circuitate în acest punct (ceea ce duce la o analiză comparativ scurtă şi prematură a sectoarelor subsidiare ale personalităţii în care au loc transferuri obişnuite, deşi principala tulburare, cea narcisică, rămâne neatinsă), fie sunt forţate într-o direcţie greşită şi neprofitabilă, împotriva unor rezistenţe difuze, non-specifice şi cronice ale Eului analizandului.

Există, desigur, şi rezistenţe limitate, care câteodată ajung să fie intense şi greu de depăşit. Totuşi, în esenţă, acestea sunt motivate de frici specifice trezite în principal de sarcina dezvăluirii fantasmelor şi dorinţelor Sinelui grandios şi mai puţin de conflictele legate de exprimarea impulsurilor libidinale sau agresive orientate către obiect. În orice caz, absenţa referinţelor obiectuale la analist nu reprezintă manifestarea rezistenţei, ci o expresie a faptului că regresia patognomonică a dus la reînvierea stadiului în care relaţia de obiect este una narcisică. În consecinţă, este greşit (a) să explici raportările la analist ce chiar au

loc (de exemplu, cereri ce îl fac pe analist să fie ca o oglindă ce reflectă, aprobă şi admiră) ca fiind manifestări ale unor cereri active adresate obiectului (ca fiind nişte cereri justificate ce necesită un răspuns sau nişte reînvieri ale dorinţelor obiectual-instinctuale din copilărie). La fel de greşit ar fi (b) să explici absența acestor referiri la analist ca fiind cauzată de reticența pacientului de a stabili un raport terapeutic, ca și cum ar exista o rezistență împotriva dezvoltării unui transfer obiectual-instinctual. În tulburările de personalitate narcisică, așa cum am mai încercat să explic și cu altă ocazie, „analistul nu este un ecran pentru proiecția structurii interne… ci prelungirea directă a unei realităţi timpurii… (ce nu a putut fi) transformată în structuri psihice solide“ (Kohut, 1959, p. 470). Această „realitate timpurie“ este încă resimțită ca fiind co-substanțială cu Sinele.

Semnificația transferului-oglindă ca mijloc pentru procesul perlaborării

Regresia terapeutică la punctul de fixație patognomonic (i.e. activarea terapeutică a Sinelui grandios nemodificat) ce conduce la instalarea transferului-oglindă este câteodată însoțită de anxietate, manifestată uneori sub forma unor vise de cădere care apar în primele săptămâni de analiză. Odată ce acest nivel regresiv s-a instalat, rezistențele majore împotriva dezvăluirii graduale a Sinelui grandios sunt motivate (1) de frica pacientului legată de faptul că grandiozitatea sa îl va izola și va duce la pierderea permanentă a obiectului și (2) de dorința sa de a scăpa de disconfortul cauzat de intruziunea libidoului narcisic-exhibiționist în Eu, unde tiparele defectuoase de descărcare au tendința să producă inițial o stare de exaltare inconfortabilă, ce alternează cu perioade dureroase de închidere în sine, tensiune rușinoasă și hipocondrie. Eul încearcă să nege aceste emoții dureroase printr-o asertivitate zgomotoasă contrafobică (aparent lipsită de frică și îngrijorare). Sau încearcă să le evite printr-o refulare reînnoită și/sau prin reintensificarea clivajului vertical în psihic. Sau încearcă să lege și să descarce structurile narcisice intruzive prin formarea unor simptome de urgență, care iau chipul unor acțiuni asociale.

Totuși, în această situație transferul funcționează în terapie ca o soluție-tampon. În transferul-oglindă în sens restrâns pacientul este capabil să mobilizeze

fantasmele sale grandioase şi exhibiţionismul, bazându-se pe speranţa că participarea empatică a terapeutului şi răspunsul său emoţional nu vor permite tensiunilor narcisice să atingă niveluri foarte dureroase sau periculoase. Pacientul speră că fantasmele sale grandioase şi cererile exhibiţioniste remobilizate nu vor fi întâmpinate de o lipsă traumatizantă de aprobare, de acea lipsă a ecoului sau reflectării la care a fost expus în copilărie. Pacientul speră deci că analistul va comunica pacientului acceptarea şi înţelegerea lui empatică faţă de rolul pe care aceste cerinţe l-au jucat în dezvoltarea psihică a pacientului şi va recunoaşte nevoia lui prezentă de a le exprima. În transferul gemelar sau în cel fuzional, soluţia-tampon este furnizată, în mod analog, de desfăşurarea investirilor narcisice asupra terapeutului, ce devine acum purtătorul măreţiei şi exhibiţionismului infantile ale pacientului. În aceste forme ale transferului-oglindă, investirile narcisice mobilizate se ataşează de terapeut care, fără să fie idealizat, admirat sau iubit, devine o parte din Sinele extins al pacientului. Transferul-oglindă în toate formele sale creează astfel pentru pacient o poziţie de relativă siguranţă, ce îi permite acestuia să persevereze în sarcina dificilă de a-şi expune Sinele grandios la o confruntare cu realitatea.

Din punctul de vedere al dezvoltării, poziţia analistului în unele situaţii transferenţiale, ce sunt stabilite în reactivarea Sinelui grandios (ne referim aici mai ales la transferul gemelar sau de tip alter-ego), poate fi asemănătoare cu rolul pe care îl au anumiţi prieteni imaginari ai copiilor narcisişti (Editha Sterba, 1960). Oricare ar fi varianta transferului-oglindă ce s-a stabilit în analiză, deci indiferent că mobilizarea investirilor narcisice se referă la stadii mai timpurii sau mai târzii din dezvoltarea Sinelui grandios, cel mai important lucru din punct de vedere terapeutic este faptul că poate fi obţinută, în câmpul narcisic, o constanţă obiectuală cu care se poate lucra. Funcţia crucială a transferului-oglindă este, cu alte cuvinte, aceea de a crea o condiţie care să menţină progresul procesului terapeutic.

Desigur, nu trebuie să ignorăm motivaţia conştientă a pacientului, dorinţa lui de a fi eliberat de deficitele şi suferinţele sale. Şi deşi nu este capabil să formuleze scopuri mai profunde ale analizei, analizandul poate să simtă că procesul terapeutic îl va conduce dinspre o existenţă nesigură şi dominată de oscilaţii emoţionale bruşte (de la ambiţii neînfrânate la sentimente de eşec; de la vanitatea grandioasă la ruşinea mistuitoare) către acea seninătate, pace interioară şi siguranţă ce rezultă din transformarea narcisismului arhaic în idealuri valorizate, în obiective şi ambiţii realiste şi într-o stimă de sine ponderată. Totuşi, aceste scopuri terapeutice conştiente nu pot, doar prin ele însele, să convingă Eul

vulnerabil al analizandului (un Eu fixat narcisic) să renunțe la refulare, la dezavuare și la acting out, pentru ca mai apoi să facă față nevoilor și dorințelor Sinelui grandios arhaic. Pentru a pune în mișcare procesul dureros ce duce la confruntarea fantasmelor grandioase cu o concepție realistă de sine și pentru a conștientiza faptul că viața oferă doar posibilități limitate pentru gratificarea dorințelor narcisice și exhibiționiste, trebuie să se instaleze un transfer-oglindă într-una dintre formele sale. Totuși, dacă acesta nu se dezvoltă sau dacă instalarea sa este oprită de respingerea terapeutului sau de interpretările sale transferențiale premature, atunci grandiozitatea pacientului rămâne concentrată pe Sinele grandios, iar terapeutul este resimțit ca fiind străin și ostil și astfel nu se va putea crea o relație de apropiere. În aceste condiții, poziția defensivă a Eului rămâne rigidă și expansiunea Eului nu poate să se producă.

Voi încheia discuția despre semnificația transferului-oglindă ca mijloc pentru procesul de perlaborare prin prezentarea unei viniete.[53] Remobilizarea Sinelui grandios în cazul specific ce va fi descris s-a petrecut sub forma unui transfer de tip alter-ego.

Pacientul C. era în analiză cu mine de patru ani. Avea în jur de patruzeci și cinci de ani și, deși era căsătorit având mai mulți copii și avea un succes moderat în cariera academică, au existat numeroase momente în viața sa adultă în care a apelat la variate forme de psihoterapie (a avut inclusiv câteva tentative de psihanaliză). Unele dintre aceste încercări au durat puțin, altele chiar un an, dar niciuna, a spus el, nu a fost de succes și niciuna nu s-a ocupat în mod eficient de tulburarea lui psihică esențială. Prin contrast, așa cum recunoștea cu o convingere din ce în ce mai mare odată ce tratamentul înainta, analiza noastră era tot mai concentrată pe aria centrală a psihopatologiei lui și, astfel, simțea că se îndrepta spre atingerea unor rezultate solide și semnificative. Deși plângerea lui manifestă se referea la o ușoară ejaculare precoce și la lipsa implicării emoționale din timpul actului sexual, se poate vedea ușor (așa cum se întâmplă destul de des în astfel de cazuri) că simptomatologia era vagă, generală și greu de pus în cuvinte. Consta dintr-un sentiment predominant de a nu fi suficient de vital (deși nu era depresiv), la care se adăugau niște stări de tensiune dureroasă aflate la granița dintre minte și corp, dar o tendință către ruminații îngrijorate privind funcțiile sale fizice și mentale.

Deși în fazele mai târzii ale analizei a exprimat în mai multe ocazii recunoștința sa călduroasă pentru ajutorul și înțelegerea neobișnuite pe care simțea că le primise, el nu-și idealiza terapeutul și își păstra remarcile laudative în limitele

unei aprecieri realiste şi rezonabile (cu un ton afectiv pozitiv). Analiza începuse pe baza unui transfer gemelar (de tip alter-ego) sub următoarea formă: Privitor la orice temă nouă din analiza pacientului, asocierile lui se refereau regulat şi pentru perioade lungi de timp mai întâi la analist şi abia apoi la el. Această fază a procesului de perlaborare, ce avea de-a face în mod manifest cu analistul, a produs totuşi schimbări psihice semnificative în pacient. Doar după ce această parte a procesului a fost încheiată, el s-a putut concentra asupra lui, asupra conflictelor sale relevante şi asupra contextului genetic şi psihodinamic al dezvoltării personalităţii sale. Dacă, totuşi, în prima parte a analizei, spuneam că pacientul „proiectează“, acesta răspundea cu o retragere emoţională şi cu sentimentul clar că a fost neînţeles. Chiar şi în fazele mai târzii ale analizei sale, când deja ştia că va ajunge să vorbească despre psihicul său, el a continuat să urmeze acest tipar caracteristic: mai întâi şi pentru perioade lungi de timp, el vedea în mine afectul, dorinţa, ambiţia sau fantasma (provocatoare de anxietate) ce trebuia gestionat(ă) şi, abia după ce a perlaborat complexul activat în terapie, a reuşit să raporteze aceste elemente şi la propria-i persoană.

Voi ilustra acum procesul de perlaborare din această situaţie specifică a transferului gemelar, făcând referire la episoade specifice care s-au produs în timpul diverselor faze din mijlocul procesului analitic. De exemplu, pacientul începuse să mă vadă ca pe o persoană lipsită de ambiţii, aplatizată afectiv, patologic de calmă, retrasă şi inactivă. Şi, deşi această imagine era în dezacord cu trăsăturile şi acţiunile reale ale personalităţii mele (care erau bine cunoscute şi de către pacient), siguranţa convingerii sale în legătură cu aceste fantasme nu era perturbată de faptul că exista o vădită contradicţie între aceste două seturi coexistente de informaţii. A urmat un proces de perlaborare prelungit, în care personalitatea mea a fost cercetată şi percepută ca fiind măcinată de conflicte. De ce anume se temea analistul? Chiar nu avea nicio ambiţie? Chiar nu era niciodată invidios? Sau era nevoit să fugă de ambiţiile şi sentimentele sale de invidie pentru că îi era teamă că acestea ar putea să îl distrugă? După lungi perioade marcate de astfel de îndoieli şi îngrijorări, percepţia pacientului în legătură cu mine a început să se schimbe în mod gradual. A început să îşi amintească atitudini — lucruri pe care le ştiuse mereu despre mine — care mă puneau acum într-o lumină destul de diferită. (Percepţia pacientului asupra analistului se schimba în analiză şi era acum în armonie cu noua imagine de sine a pacientului.) Doar după aceste trăiri privitoare la analist, pacientul a început să facă referiri la sine.

Acest punct de cotitură a fost precedat de relatarea unor întâmplări externe ce

demonstrau că pacientul făcuse deja progrese semnificative în aria specifică de care se ocupase împreună cu analistul. De exemplu, a povestit despre trăirea unui sentiment de invidie față de un coleg și despre dorința de a-l depăși și de a primi aprecierile cuvenite pentru reușitele de care se bucurase (cu acordul său tacit) celălalt. Apoi, pentru o perioadă scurtă de timp, care, oricum, a fost plină de sentimente intense, pacientul nu doar că a resimțit conflictul ca fiind plasat, în întregime, în interiorul său, dar a mai fost capabil să conecteze conflictul cu evenimente triste și cu emoții din copilărie. Deși aceste evenimente nu reprezentau niște factori genetici determinanți (în acel sens în care sunt amintite și reconstruite anumite evenimente în nevrozele de transfer), el și-a amintit de singurătatea din copilărie, de fanteziile bizare de măreție și putere în care se lăsa absorbit pentru perioade lungi de timp și de teama că nu va mai putea să iasă din ele și să se întoarcă la lumea reală. Și-a mai dat seama cum, chiar din timpul copilăriei, a dezvoltat o frică legată de competitivitatea investită emoțional (din cauza fantasmelor subiacente, aproape delirante, în care exercita o putere sadică și absolută) și a înțeles cum și-a asigurat un minimum de implicare umană și de realism prin următoarele elemente: (a) dezvoltarea unor fantasme legate de un prieten de joacă imaginar, în special în perioada când mama sa, care suferea de depresie cronică, era însărcinată și după ce singurul său frate s-a născut — pe atunci pacientul avea șase ani, iar prietenul imaginar avea o strânsă legătură cu fratele mai mic (aceste fantasme sunt similare cu cele ale pacientului K. din capitolul 9); (b) mutarea de la dorințe importante din punct de vedere afectiv la preocupări intelectuale seci și detașate; (c) supunerea tuturor obiectivelor și scopurilor sale unei raționalități stricte, excluzând astfel emoțiile și imaginația vie, dar și bucuria spontană.

Observații generale despre mecanismele care contribuie la progresul terapeutic în psihanaliză

Conținutul experiențial și natura obiectului din transferul central diferă destul de mult la nivelul perlaborărilor eficace din nevrozele de transfer, respectiv din tulburările de personalitate narcisică. Totuși, privind dintr-o perspectivă psiho-economică și dinamică mai largă, mecanismele predominante ce stau la baza evoluției către sănătatea psihică sunt aceleași pentru ambele clase de

psihopatologii analizabile. Factorii esenţiali ai constelaţiei responsabile pentru eficacitatea terapeutică a analizei în nevrozele de transfer şi în tulburările de personalitate narcisică sunt următorii: (1) Procesul analitic mobilizează energiile instinctuale ce sunt conectate cu acele dorinţe din copilărie care nu au fost integrate (de exemplu, prin refulare) în restul psihicului şi care, în consecinţă, nu au participat la maturizarea şi dezvoltarea restului de personalitate. (2) Procesul analitic (a) împiedică satisfacerea dorinţelor din copilărie la un nivel infantil (vezi frustrarea optimă şi abstinenţa analitică) şi contracarează în mod consecvent (prin interpretări) tendinţa de retragere regresivă a dorinţei sau nevoii infantile (incluzând aici încercările de re-refulare sau alte forme de re-excludere şi de evitare a contactului analitic cu ariile (pre)conştiente şi centrale ale psihicului). (3) Producându-se deci, pe de o parte, o reactivare fără gratificare şi, pe de altă parte, o împiedicare a evadării regresive, rămâne doar o singură cale deschisă către pulsiunea, dorinţa sau nevoia infantilă: creşterea nivelului său de integrare în sectoarele şi segmentele mature şi adaptate ale psihicului, prin construirea unor structuri psihice noi şi specifice. Aceste noi structuri vor gestiona pulsiunile, vor conduce la o utilizare mai controlată a lor sau le vor transforma într-o varietate de tipare realiste şi mature ale gândirii şi acţiunii. Cu alte cuvinte, procesul analitic încearcă să menţină activată nevoia infantilă şi simultan să blocheze toate direcţiile spre care o poate apuca acea nevoie, exceptând-o pe cea care duce spre maturizare şi spre o utilizare realistă.

Va fi folositor să ilustrez această descriere dinamică a acţiunii terapeutice a perlaborării în termeni concreţi. Deşi poate fi uşor ilustrată printr-un caz clasic de nevroză de transfer, exemplul utilizat aici nu va cuprinde dorinţele oedipiene ale copilului, ci dorinţa infantilă de oglindire, de laudă, de confirmare sau aprobare, aşa cum este întâlnită în mod specific în tulburările de personalitate narcisică. Din punct de vedere genetic, trebuie să înţelegem că frustrarea traumatică a dorinţei sau a nevoii pentru acceptarea parentală (nevoie adecvată fazei de dezvoltare) duce imediat la intensificarea sa puternică, aşa cum este cazul cu oricare nevoie sau dorinţă frustrată din cadrul unei faze specifice. Dorinţa intensificată, în combinaţie cu frustrarea externă persistentă sau chiar crescută (sau combinată cu ameninţarea pedepsei), creează un dezechilibru psihic sever ce duce la excluderea acelei dorinţe sau nevoi din participarea autentică şi consecventă la restul activităţilor psihice. În consecinţă, va fi construit un zid de apărări ce va proteja psihicul de reactivarea dorinţei infantile, din cauza fricii legate de o nouă respingere traumatică. (În exemplul de faţă, prezentăm geneza unei clase specifice de tulburări ale personalităţii narcisice: apărarea împotriva reactivării dorinţei pentru aprobarea parentală. În funcţie de

localizarea psihică a acestor apărări, clivajul în personalitate este de două tipuri. Avem (1) clivajul „vertical“, adică un clivaj ce separă un segment întreg al psihicului de partea care cuprinde Sinele central, manifestându-se printr-o alternanță între (a) stările de grandiozitate ce neagă nevoia frustrată pentru aprobare și (b) sentimentele clare de vid interior și de stimă scăzută de sine. Apoi avem clivajul „orizontal“, o barieră a refulării manifestată prin răceala emoțională a pacientului și prin insistența sa de a păstra distanța față de obiectele de la care ar putea să primească susținere narcisică.

Prima sarcină a procesului de perlaborare va fi depășirea rezistenței față de apariția transferului narcisic (transferul-oglindă, în exemplul de față). Această sarcină presupune remobilizarea în conștient a dorinței sau nevoii infantile pentru aprobarea parentală. În faza următoare a analizei există sarcina terapeutică de a păstra activ transferul-oglindă, în ciuda faptului că nevoia infantilă este, în esență, din nou frustrată. În timpul acestei faze, pacientul se confruntă cu experiențe repetitive și cronofage de perlaborare. Sub presiunea noilor frustrări, pacientul încearcă să evite durerea (a) prin re-crearea echilibrului pre-transferențial bazat pe un clivaj vertical și/sau pe o barieră a refulării; sau (b) printr-o evadare regresivă, deci prin retragerea regresivă spre niveluri de funcționare psihică ce sunt mai vechi decât fixația patogenă (vezi diagrama 2 din capitolul 4). Totuși, interpretările transferențiale și reconstrucțiile genetice îi permit sectorului cooperant din psihicul analizandului să blocheze aceste două căi de evadare și să păstreze activată nevoia infantilă, în ciuda disconfortului creat. (Analistul priceput va asista pacientul, păstrând acest disconfort în limitele tolerabile, adică va conduce analiza după principiul frustrării optime.)

Având în vedere faptul că toate căile regresive sunt blocate, iar dorința infantilă de oglindire este păstrată vie (fără să fie gratificată sub forma sa infantilă), psihicul este forțat să creeze noi structuri ce transformă și elaborează nevoia infantilă pe niște direcții realiste și inhibate în privința scopului. În termeni comportamentali și experiențiali: se produce o creștere graduală a stimei de sine reale și a bucuriei realiste față de succes; se înregistrează o utilizare moderată a fantasmelor legate de performanță (pacientul se dedică unor planuri ce pot duce la acțiuni realiste); în fine, apar unele dezvoltări complexe în cadrul sectorului realist al personalității, precum umorul, empatia și creativitatea (vezi capitolul 12).

Vezi, de exemplu, descrierea transferului de tip alter-ego al pacientului C. mai departe în acest capitol.

O prezentare mai largă a unui caz de transfer-oglindă (ce corespunde cazului dlui A. din capitolul 3 şi ce serveşte ca exemplu pentru mobilizarea imagoului părintelui idealizat) va fi făcută în capitolul 9.

Partea a III-a. Probleme de ordin clinic şi tehnic în transferurile narcisice

Capitolul 8. Observații generale asupra transferurilor narcisice

Considerații teoretice

Una dintre problemele spinoase ce apare în legătură cu mobilizarea terapeutică coezivă a structurilor narcisice este una de ordin teoretic și terminologic. Oare ar trebui ca reactivările imagoului părintelui idealizat și cele ale Sinelui grandios să fie considerate „transferuri“, în sensul metapsihologic al cuvântului sau în sensul clinic? Oare ar trebui să se facă referire la ele cu termenul de „transfer“?

Problema ar fi deci dacă putem numi „transfer“ includerea terapeutului în activarea terapeutică a structurii psihice investite narcisic. În principiu, această întrebare e la fel de relevantă atât pentru diversele forme clinice în care activarea Sinelui grandios devine manifestă, cât și pentru activarea imagoului părintelui idealizat din transferul idealizant. Totuși, de vreme ce transferul idealizant are câteodată trăsături externe ce pot semăna cu manifestările clinice ale nevrozelor clasice de transfer, este indicat să se sublinieze condițiile intrinseci ce diferențiază această situație clinică de nevrozele de transfer propriu-zise. Și, totodată, trebuie lămurit cât mai bine faptul că manifestările transferului idealizant mobilizează niște investiri narcisice, și nu un libido obiectual. Mobilizarea stadiilor comparativ târzii din dezvoltarea Sinelui grandios (transferul-oglindă în sensul restrâns al termenului) duce de asemenea la un tablou clinic care, din afară, seamănă cu transferul din analiza nevrozelor de transfer. Dar și în această situație este necesar să se sublinieze faptul că analistul, deși este recunoscut ca fiind separat și autonom, este valorizat doar în contextul nevoilor narcisice ale analizandului. Astfel, analistul este solicitat sau pacientul reacționează la el doar în măsura în care pacientul resimte că analistul împlinește sau frustrează cererile sale de aprobare, de ecou și de confirmare pentru grandoarea și exhibiționismul pacientului. Totuși, situația este cu totul alta în cazul mobilizării stadiilor de dezvoltare mai timpurii ale Sinelui grandios, anume

în situația gemelară (de tip alter-ego) și în situația fuzională (marcat de extinderea Sinelui grandios). Aici condițiile interne și în special tabloul clinic creat de includerea analistului în mobilizarea terapeutică a Sinelui grandios par foarte diferite de structura și manifestările terapeutice ale nevrozelor de transfer. Acest fapt face necesară o comparație a celor două condiții, cât și sublinierea similitudinilor dintre ele. Doar indicând analogiile poate fi demonstrat faptul că analistul chiar intră într-o relație clinică stabilă (fundamentată structural) cu analizandul, care susține în mod decisiv funcționarea procesului analitic. Aceasta, în ciuda naturii arhaice a condițiilor interpersonale ce sunt re-create prin activarea terapeutică a stadiilor timpurii ale Sinelui grandios.

Întrebarea dacă transferul idealizant și transferul-oglindă ar trebui clasificate ca „transferuri“ ar trebui să își găsească un răspuns (a) prin luarea în calcul a evaluării metapsihologice a relației clinice și (b) printr-o decizie clară legată de cum definim conceptul de „transfer“.

Nu mă voi grăbi aici să argumentez de ce transferurile narcisice sunt niște transferuri în sensul strict metapsihologic al cuvântului. Fără a nega importanța unei clarificări conceptuale stricte, voi continua să vorbesc, în general, în termeni de „transferuri“ atunci când mă voi referi la diversele manifestări ale activării terapeutice a imagoului părintelui idealizat și a Sinelui grandios. Având în vedere faptul incontestabil că imaginea analistului a intrat într-o relație de lungă durată (și relativ sigură) cu structurile narcisice mobilizate, fapt care permite funcționarea unui proces de perlaborare specific și sistematic, rezultă că avem o bună justificare pentru utilizarea termenului de „transfer“ într-un sens clinic lărgit, indiferent de subtilitățile evaluărilor metapsihologice.[54]

Cele două tipuri de transferuri narcisice vor fi acum examinate în contextul principalelor abordări conceptuale care deja există în această arie teoretică. Iar conceptele avansate în această monografie vor fi comparate cu unele mai vechi în scopul de a le delimita cât mai bine. În mod specific, voi examina (1) relația transferului idealizant și a transferului-oglindă cu acel tip de relație la care Freud se referă când vorbește despre apariția spontană a „transferului pozitiv“. Transfer ce formează motorul tratamentului analitic și baza emoțională pentru eficacitatea intervențiilor terapeutice ale analistului (vezi, de exemplu, 1912/2010, p. 107 și urm.). Apoi, (2) voi examina relația transferului idealizant și a transferului-oglindă cu activitățile proiective/introiective cărora unii analiști le atribuie un rol foarte influent și vizibil în transferul clinic al tuturor analizanzilor. Ideea importanței proiecției/introiecției în transfer se leagă de ipotezele Melaniei Klein

din „şcoala engleză“ de psihanaliză. Ea a încercat, într-un mod creativ şi temerar (dar, din păcate, cu o bază teoretică nu tocmai solidă), să sondeze cele mai ascunse adâncimi ale experienţei umane, afirmând că există în copilărie două poziţii primare ubicue: cea „paranoidă“ şi cea „depresivă“ (vezi E. Bibring, 1947; Glover, 1945; Waelder, 1936).

În ceea ce priveşte baza „transferului pozitiv“ (Waelder, 1939; şi, în special, E. Kris, 1951), prin care Freud „accentuează o arie de cooperare dintre analist şi pacient“[55], aş dori să repet ideea pe care am sugerat-o mai demult (1959), anume că ar trebui „să diferenţiem între (1) alegerile de obiect nontransferenţiale marcate de tipare din copilărie (denumite de multe ori în mod eronat „transfer“ pozitiv) şi (2) transferurile reale“. Primele sunt compuse din „dorinţe de obiect care, deşi pornesc din adâncuri, nu trec de bariera refulării“ şi din „acele dorinţe ale Eului care, deşi la origine reprezintă transferuri, mai târziu s-au desprins de conţinuturile refulate şi astfel au devenit alegeri de obiect autonome ale Eului“. Am sintetizat această diferenţiere sub forma unui aforism, afirmând: „deşi este adevărat că toate transferurile sunt repetiţii, nu toate repetiţiile sunt transferuri“ (Kohut, 1959, p. 472).

Fără îndoială, este adevărat că „aria de cooperare dintre analist şi pacient“ (Kris, 1951) trebuie păstrată dacă ne dorim ca munca analitică să atingă rezultate durabile. Dacă nu „ne asociem cu Eul persoanei analizate“ (Freud, 1937/2010) analiza va fi o experienţă pasivă şi trecătoare, comparabilă cu hipnoza. Mai mult, este fără îndoială adevărat că dihotomia terapeutică dintre Eul observator şi Eul care experienţiază (R. Sterba, 1934) este cel mai bine menţinută când Eul observator cooperează cu analistul pentru îndeplinirea sarcinii analitice. Această cooperare are la bază o legătură realistă, care, la rândul ei, se bazează pe „alegerile de obiect nontransferenţiale marcate de tipare din copilărie“ şi pe „alegerile de obiect autonome ale Eului“ (Kohut, 1959) — cele din urmă, se referă, desigur, la acea „autonomie secundară“ discutată de Hartmann (1950, 1952). Aceste condiţii sunt necesare în tratamentul psihanalitic al personalităţilor narcisice, aşa cum sunt necesare şi în analiza nevrozelor clasice. Segmentul observator al personalităţii analizandului care, în cooperare cu analistul, a pus umărul în mod activ la travaliul analitic nu este, în esenţă, diferit în tulburările narcisice analizabile faţă de cele întâlnite în nevrozele de transfer analizabile. În ambele tipuri de cazuri o arie adecvată de cooperare realistă derivată din experienţele pozitive din copilărie (din câmpul investirilor de obiect şi din cel narcisic) reprezintă o precondiţie pentru menţinerea clivajului terapeutic al Eului analizandului, dar şi pentru menţinerea acelei afecţiuni pentru analist ce asigură

existenţa unei încrederi în procesul şi scopurile analizei în timpul perioadelor tensionate.

Pe de altă parte, transferul idealizant şi transferul-oglindă constituie obiectele analizei; anume, partea observatoare şi analitică din Eul analizandului, în cooperare cu analistul, se confruntă cu aceste tipuri de transfer şi, prin înţelegerea graduală a dimensiunilor lor (dinamice, economice, structurale şi genetice), încearcă să atingă o dominare graduală asupra lor şi să elimine cerinţele corelate cu ele. Atingerea unui astfel de control reprezintă scopul terapeutic specific şi esenţial al analizei tulburărilor narcisice.

„Transferul pozitiv“ (Freud), bazat pe „alegerea de obiect nontransferenţială“ (Kohut) din „aria de cooperare dintre analist şi pacient“ (Kris), este doar unul dintre instrumentele folosite pentru îndeplinirea acestei sarcini. Procesul perlaborării şi dizolvarea finală a transferului-oglindă sau a idealizării obiectului Sinelui arhaic sunt cele care conduc la rezultatele terapeutice specifice definitorii pentru o încheiere de succes a tratamentului psihanalitic al acestor cazuri.

Distincţia clară dintre transferurile narcisice şi o relaţionare realistă între analizand şi analist este importantă atât din punct de vedere teoretic, cât şi din consideraţii practice şi clinice. Din punct de vedere teoretic, aşa cum am indicat în paragrafele precedente, legătura realistă dintre analizand şi analist (transfer pozitiv, armonizare, alianţă de lucru, alianţă terapeutică etc.) nu reprezintă un transfer în sensul metapsihologic al cuvântului. Este mai degrabă o relaţie bazată pe întregul trăirilor interpersonale timpurii, care, printr-o neutralizare graduală şi printr-o inhibare în privinţa scopului, au continuat să influenţeze toate investirile de obiect din viaţa adultă a pacientului, inclusiv relaţia sa cu analistul. În termenii elaborării modelului structural al psihicului (Kohut, 1961; Kohut şi Seitz, 1963), aceste ataşamente de obiect nu aparţin ariei transferului, ci ariei neutralizării progresive.

Totuşi, din punct de vedere tehnic, în special cu privire la anumite aspecte ale tulburărilor de personalitate narcisică, capacitatea analistului de a rămâne neintruziv în timp ce se stabileşte un transfer narcisic şi de a nu întreprinde mişcări active (doar pentru a întări dezvoltarea legăturii terapeutice reale) poate fi uneori decisivă în drumul către succesul terapeutic. De exemplu, o suprainvestire a Sinelui grandios arhaic privează Sinele real de experienţa nutrimentelor libidinale (Rapaport, 1950). Sentimentele vagi de a nu fi real, de a duce o viaţă falsă, de a nu fi chiar viu etc. sunt prezente preconştient. Cu toate

acestea, analizandul pare că nu realizează deloc prezența acestei tulburări, sau că e foarte puțin conștient de ea, sau că a învățat să o ascundă — nu doar față de lume, ci și de el însuși. Indiciile incapacității unor astfel de pacienți de a forma o relație realistă cu analistul nu trebuie tratate de analist prin intervenții croite să stabilească o „alianță“. Ele trebuie examinate detașat, ca fiind niște semne ale unei perturbări în câmpul investirii Sinelui și, corelativ, niște semne ale unei perturbări a capacității pacientului de a se simți viu și de a resimți lumea ca fiind reală.

Anumite acte simptomatice de la începutul analizei pot să dea impresia analistului că țin de deficitele Supraeului, când de fapt sunt niște manifestări ale tulburării narcisice de personalitate. Pacientul, fiind incapabil să perceapă în mod clar tulburarea subiacentă a imaginii de sine și deci să o comunice analistului, poate să înceapă analiza cu o minciună sau cu o șarlatanie financiară sau cu alte forme de comportament aparent fraudulos. Analistul nu trebuie nici să pună în lumină acest acting out și nici să răspundă prin mustrare sau printr-o intervenție activă. În cele mai multe cazuri, tot ce are de făcut analistul este să puncteze acea ocurență — fără să-l „confrunte“ pe pacient cu un ton de reproș — și să discute aspectele ei realiste, dacă este necesar. Totodată, poate să sublinieze că nu este încă sigur dacă acea manifestare are vreo semnificație ascunsă și, dacă are, ce sens ar putea avea. Orice intervenție activă ce consideră actul simptomatic ca fiind o acțiune în totalitate realistă poate să distragă atenția travaliului analitic de la tulburarea pacientului, deoarece pacientul va răspunde blamului analistului cu enervare și rebeliune la început, iar mai apoi cu complianță — pe scurt, se va produce o schimbare în Eul analizandului, dar fără mobilizarea configurațiilor narcisice patogene de dedesubt. Greșelile de moment pe care analistul le poate face ca răspuns la aceste acte simptomatice inițiale (deoarece este nepregătit și pentru că purtarea analizandului l-a luat prin surprindere) nu vor produce un rău permanent dacă analistul se va întoarce mai apoi la ocurența inițială și o va reanaliza. Dacă, în schimb, răspunsul prea realist și prea moralist al analistului este sprijinit de un sistem de convingeri teoretice care susține că este adecvat să lași deoparte atitudinea analitică când vine vorba de o „reală înșelătorie“ din partea pacientului, de o „lipsă reală de integritate“ sau de o „lipsă reală de implicare față de tratament“, atunci accesul la perturbarea narcisică mai profundă din analiză poate să fie într-adevăr blocat.

Așa cum am afirmat mai devreme, centrul preconștient de unde provin aceste perturbări caracterologice rezidă într-un sentiment al unei realități incomplete a Sinelui și, secundar, a lumii externe. Este important să ne dăm seama că, pe de o

parte, situația analitică în sine este propice pentru a scoate la iveală o patologie ascunsă a trăirii de sine (inclusiv acel sentiment al realităţii Sinelui şi mediului) şi că, pe de altă parte, ieşirea la suprafaţă a acestei condiţii în mod gradual îi permite analizandului să îşi dea seama de sursa dinamică a patologiei şi a rădăcinilor sale structurale — este vorba despre acea fixaţie la o imagine a Sinelui arhaic şi a disfuncţiei şi insuficienţei investirii Sinelui (pre)conştient. Toate acestea, adunate, deschid drumul către ameliorarea generală a tulburării.

Atributul specific al situaţiei analitice care permite şi încurajează ieşirea la suprafaţă a Sinelui patologic este următorul. Situaţia analitică în aspectele ei centrale nu este reală, în sensul obişnuit al cuvântului. Ea posedă o realitate specifică ce seamănă până la un punct cu realitatea unei experienţe artistice, cum ar fi jucarea unei piese de teatru. O persoană trebuie să posede un minimum de investire stabilă a Sinelui, astfel încât să fie capabilă să se lase în voia unei realităţi artistice ficţionale. Dacă suntem siguri de realitatea noastră, ne putem îndepărta temporar de propria persoană şi putem suferi împreună cu eroul tragic de pe scenă, fără să fim în pericolul de a confunda realitatea emoţiilor noastre participante cu realitatea zilnică a vieţilor noastre. Oamenii cu un sentiment incert al realităţii s-ar putea să nu fie capabili să se abandoneze aşa de uşor experienţei artistice. Ei trebuie să se protejeze, de exemplu, repetându-şi că ceea ce ei privesc e „doar“ teatru, „doar“ un joc, că „nu este ceva real“. Situaţia analitică ridică probleme similare. Analizanzii al căror sentiment legat de propria realitate este relativ intact îşi vor permite regresia necesară în serviciul analizei (chiar dacă vor exista anumite rezistenţe trecătoare). Astfel, vor fi capabili să trăiască realitatea indirectă şi cvasi-artistică a sentimentelor transferenţiale care cândva au fost legate de o realitate diferită (una curentă şi directă) din trecutul lor.[56] Această regresie are loc în mod spontan, aşa cum se întâmplă şi la teatru. Şi, aşa cum este cazul şi la teatru, dezinvestirea realităţii curente este susţinută de diminuarea stimulilor din mediu. Mai mult, analizandul foarte rar are nevoie să fie învăţat despre ce se întâmplă în analiză. El ştie cum să se raporteze la situaţia analitică, aşa cum oamenii ştiu cum să se raporteze la o piesă pe care o văd la teatru.

Nu iau în considerare aici strategiile practice secundare ce sunt întreprinse de terapeut în ideea că adaptarea la un set de trăiri nefamiliare va fi uşurată de explicaţiile potrivite. E adevărat, dacă o persoană nu a fost niciodată la teatru, îi va fi mult mai uşor să aibă o reacţie adecvată la piesa de teatru dacă va primi o explicaţie generală. Totuşi, procesul psihic esenţial, ce este activat în public, nu ţine de ceva ce trebuie învăţat — de fapt, nici nu poate fi învăţat. În ciuda

numeroaselor diferenţe profunde dintre experienţa artistică şi cea analitică, există clare similitudini între cele două tipuri de trăiri. Stabilirea atitudinii psihice necesare pentru analiză poate fi pregătită prin măsuri adecvate. Însă procesele psihice esenţiale ce permit trăirea realităţii specifice a sentimentelor transferenţiale nu pot face obiectul psihoeducaţiei.

Dacă există o perturbare a acelor funcţii centrale ce ar trebui să îi permită pacientului să trăiască realitatea analitică, atunci nici măsurile educaţionale (explicaţiile), nici persuadările (presiunea morală) nu ar trebui să fie utilizate, ci ar fi bine să fie permisă libera dezvăluire a acelui deficit, aşa încât să poată fi analizat. Cu alte cuvinte, dacă Sinele (preconştient) al pacientului a fost slab investit, atunci dificultăţile sale cu privire la instalarea mai mult sau mai puţin spontană a situaţiei analitice pot deveni ele însele o temă a travaliului analitic. Dacă incapacitatea pacientului de a tolera dezinvestirea realităţii curente şi de a accepta ambiguitatea situaţiei analitice este privită printr-un cadru moral şi dacă terapeutul începe să dea sfaturi directive sau să facă apel la morală şi realitate, atunci acest aspect central şi important al psihopatologiei pacientului va fi înlăturat din atenţia analizei.

Mă voi referi în continuare la delimitarea conceptelor de transfer idealizant şi transfer-oglindă (împreună cu procesele lor specifice de perlaborare) în raport cu noţiunile de identificare proiectivă şi identificare introiectivă (Klein, 1946) şi cu abordarea lor terapeutică de către „Şcoala engleză“ de psihanaliză. Transferul-oglindă poate să se ocupe de aria care, cel puţin în parte, se suprapune cu aria numită de către şcoala kleiniană „identificare introiectivă“, la fel cum transferul idealizant poate să ocupe o parte din teritoriul „identificării proiective“. Caracteristica teoretică ce distinge abordarea existentă în lucrarea prezentă faţă de şcoala engleză — de unde şi o considerabilă deosebire la nivel de atitudine terapeutică — nu are nevoie de prea multe detalii în acest punct. Este suficient să precizez că, din perspectiva prezentată aici, transferul-oglindă şi transferul idealizant reprezintă două forme de activare terapeutică a două poziţii de bază ale libidoului narcisic ce se instalează ca urmare a stadiului narcisismului primar. De vreme ce aceste poziţii constituie nişte paşi necesari şi sănătoşi în procesul de maturizare, chiar şi fixaţiile asupra lor sau regresiile la aceste poziţii nu trebuie să fie înţelese în terapie ca ceva bolnăvicios sau rău, în esenţă. Pacientul învaţă mai întâi să recunoască aceste forme de narcisism în activarea lor terapeutică — şi mai întâi învaţă să le accepte ca fiind necesare şi sănătoase din punctul de vedere al maturizării! Doar apoi poate el să continue cu sarcina de a le transforma şi a le construi gradul în nişte organizări psihice mai înalte, specifice

personalității adulte, și să le direcționeze către scopuri și obiective mai mature. În consecință, în terapie, Eul analizandului nu este învățat să-și respingă narcisismul său arhaic, ca și cum ar fi un dușman și un străin. În plus, procesele ideative aparținând unor stadii mai înalte ale diferențierii obiectului (cum ar fi fantasmele specifice privind dorința de a devora un obiect frustrant sau frica de a fi devorat de el) nu sunt atribuite ariilor mobilizate terapeutic, așa încât nu se creează tensiuni legate de vinovăție. Există, desigur, tensiuni ce apar spontan în cursul analizei. Ele sunt cauzate de fluxul libidoului narcisic nemodificat ce vine către Eu și sunt resimțite ca hipocondrie, jenă și rușine. (Aceste tensiuni nu apar din conflictul cu un Supraeu idealizat, o structură care nu există la nivelul de dezvoltare cu care avem de a face în astfel de cazuri). Dacă analistul își bazează abordarea pe considerațiile teoretice anterioare, sarcina dificilă de a recunoaște fluxul regresiei către niște stadii mai puțin diferențiate față de obiect va continua cu sarcina ce vizează menținerea autonomiei părții observatoare și integratoare din Eul analizandului.[57] (De asemenea, în regresie, trebuie recunoscută pendularea dintre experiența unor stări tensionate preverbale și fanteziile verbalizabile.)

Nu voi merge mai departe cu comparația dintre perspectiva kleiniană teoretică și clinică asupra psihopatologiei și formulările noastre teoretice și clinice sugerate în legătură cu tulburările de personalitate narcisică. A întreprinde o astfel de sarcină, a schița o astfel de comparație mai profundă, depășește limitele acestei investigații, deoarece ar necesita o prezentare care să diferențieze psihopatologia paranoidă și psihoza maniaco-depresivă față de tulburările de personalitate narcisică.[58] În schimb, voi nuanța conceptele transferului-oglindă și transferului idealizant pe fundalul legat de (1) mișcările progresiv-regresive de la (a) stadiul nucleelor Sinelui-corp ce aparțin Sinelui corporal fragmentat (autoerotism) către (b) stadiul Sinelui corporal coeziv (narcisism)[59] și legat de (2) diferențierea aferentă dintre (a) mecanisme psihice izolate și (b) totalitatea coezivă și structurată a Sinelui psihic.

Termenul de transfer-oglindă și cel de transfer idealizant nu se referă la activarea terapeutică a unor mecanisme psihice izolate (precum introiecția și proiecția), ci la configurații ale personalității totale mai mult sau mai puțin stabile și independente față de mecanismele psihice predominante sau care sunt folosite de aceste transferuri narcisice. Treapta de dezvoltare de la autoerotism la narcisism (Freud, 1914/2010) reprezintă o mișcare către o sinteză crescută a personalității datorată trecerii de la investirea libidinală a părților corporale individuale (sau ale funcțiilor mentale și fizice izolate) spre investirea unui Sine coeziv (cu toate

că la început este unul grandios, exhibiționist și nerealist). Cu alte cuvinte, nucleele Sinelui corporal și ai Sinelui psihic se unesc și formează o sinteză supraordonată. Preocupările legate de propriul corp ce apar în boala fizică sunt o manifestare a unui narcisism crescut, chiar și atunci când doar un singur organ se află în centrul preocupărilor, căci acel organ este perceput în contextul unui Sine corporal global și suferind. Totuși, în hipocondriile psihotice sau prepsihotice, ca de exemplu în stadiile incipiente ale schizofreniei, părțile corporale individuale sau funcțiile mentale sau fizice izolate devin și mai izolate și sunt suprainvestite. Imaginea Sinelui coeziv se sparge și partea reziduală a personalității pacientului, cea care observă, nu mai poate face altceva decât să încerce să explice produsele regresiei pe care nu o mai poate controla (Glover, 1939, pp. 183 și urm.).

Diferența dintre regresia narcisică ce acompaniază boala fizică și fragmentarea prenarcisică a Sinelui corporal ce apare în stadiile incipiente ale schizofreniei devine oarecum neclară în următoarele condiții specifice. Dacă o persoană cu fixații prenarcisice puternice se îmbolnăvește fizic, atunci creșterea narcisismului corporal ce acompaniază boala fizică poate să producă o regresie și mai adâncă spre un stadiu de început al fragmentării Sinelui corporal. Astfel, persoana în cauză, în loc să resimtă o preocupare pentru Sinele global, va reacționa cu o anxietate hipocondriacă. Bolile fizice care prezintă o simptomatologie difuză (cele cu un sindrom inițial nonspecific care poate indica o varietate de boli infecțioase, incluzând și o răceală banală) au mai multe șanse să producă astfel de răspunsuri hipocondriace. Pe de altă parte, dezvoltarea unor simptome clare, cu investiri narcisice puternice spre un anumit organ care iese în evidență (de exemplu, un gât inflamat, nasul care curge, strănuturi etc.), tinde să contracareze atracția către punctele de fixație prenarcisică. Tocmai din aceste motive, apariția unor astfel de simptome este în general preferată de oamenii cu înclinații hipocondriace și este întâmpinată cu o oarecare ușurare. Bolile foarte dureroase, circumscrise unor regiuni corporale, chiar și atunci când afectează organe foarte investite narcisic (precum organele genitale sau ochii), nu au deci tendința să provoace răspunsuri hipocondriace.

O regresie similară cu cea care pornește de la (1) stadiul Sinelui corporal coeziv (narcisism) și ajunge la (2) stadiul Sinelui corporal fragmentat, al părților corporale și al funcțiilor corporale izolate psihic (autoerotism), poate fi observată și în sfera mentală. Altfel spus, investirea unei stări psihice globale a unei persoane (narcisism), chiar dacă este prezentă într-o formă perturbată patologic sau într-o formă exagerată, trebuie diferențiată de suprainvestirea funcțiilor și mecanismelor psihice izolate (autoerotism), ce apare ca o consecință a

destrămării Sinelui psihic coeziv investit narcisic. O hiperinvestire a Sinelui psihic (una voluntară, adaptativă şi orientată către scop) are loc în tratamentul analitic. Situaţia analitică prilejuieşte o concentrare a atenţiei analizandului asupra atitudinii sale mentale şi asupra diverselor funcţii ale psihicului său. Cu toate acestea, şi aici, la fel ca în boala fizică, un singur simptom sau un singur mecanism psihic, oricât de proeminent şi ego-distonic ar fi, tot este perceput şi resimţit în contextul imagoului total (coeziv) al suferinţei Sinelui psihic (mental). Totuşi, suprainvestirea funcţiilor şi mecanismelor mentale izolate, care are loc după fragmentarea Sinelui psihic, reprezintă de multe ori o parte complementară a unei hipocondrii fizice ce aparţine unor stadii timpurii de regresie psihotică. Această suprainvestire este deci trăită ca un fel de hipocondrie psihică (de ex.: o îngrijorare raţionalizată cu privire la pierderea capacităţii intelectuale, frica de nebunie şi altele asemenea).

Uneori analistul trebuie să acorde o atenţie detaliată mecanismelor psihice individuale. De exemplu, mecanismele introiecţiei şi proiecţiei vor fi utilizate — în moduri defensive sau nondefensive (adaptative) — atât de analizanzii ce suferă de tulburări de personalitate narcisică, precum şi de analizanzi cu nevroze de transfer obişnuite. Dacă aceste mecanisme au devenit izolate (ca parte rezultată în urma ruperii regresive şi a fragmentării Sinelui psihic), atunci ele sunt inabordabile din punct de vedere psihanalitic. Doar aspectele adiacente ale personalităţii şi evenimentele psihice ce preced fragmentarea regresivă rămân deschise unei investigaţii semnificative. Însă atât timp cât aceste mecanisme (cu toate că sunt performate inconştient) rămân funcţii ale unui Sine total şi coeziv, ele constituie o ţintă legitimă pentru interpretările analistului. Şi mai clar: prin intermediul interpretărilor, analizandul devine din ce în ce mai conştient de conexiunile ce există între Sinele lui activ şi Sinele reactiv şi de mecanismele psihice ce păreau să se petreacă într-un mod impredictibil şi fără motiv. Prin munca analitică, aceste mecanisme sunt puse într-un contact din ce în ce mai strâns cu iniţiativa Eului, aşa încât acesta îşi extinde controlul asupra lor.

Aceste diferenţieri (dintre mecanismele arhaice izolate şi mecanismele ce reprezintă constituenţi semnificativi ai unui set coeziv de activităţi mentale) devin, din păcate, şi mai complexe din cauza tendinţei de „personificare“ a mecanismelor psihice ce este întâlnită uneori în literatura psihanalitică. În mod specific, de exemplu, unii autori par să atribuie mecanismelor de introiecţie şi proiecţie calităţi specifice personalităţii. Astfel, mecanismul introiecţiei devine un copil furios, devorator, iar proiecţia devine un copil ce scuipă sau vomită. Dacă astfel de abordări teoretice sunt invocate în situaţia clinică, nu doar că vor

induce vinovăţie analizandului, dar, ceea ce este şi mai important, vor anula diferenţa crucială dintre (a) structurile narcisice coezive ce pot fi analizate deoarece pot forma un transfer în situaţia clinică şi (b) structurile autoerotice non-analizabile deoarece investirea nu este canalizată către configuraţii narcisice coezive (Sinele grandios, respectiv imagoul părintelui idealizat), ci pe funcţii mentale sau fizice izolate. În timpul regresiilor temporare sau cronice, desfăşurarea libidoului în transferul-oglindă poate fi chiar dizolvată şi înlocuită cu proiecţii izolate. În aceste din urmă cazuri, instalarea unui transfer nu mai poate fi realizată, iar aria patogenă devine non-analizabilă (cel puţin temporar).

Este interesant să comparăm conceptualizările pe care le-am utilizat (şi care au derivat din observarea psihanalitică sistematică a pacienţilor adulţi cu tulburări de personalitate narcisică) cu cele ale lui Mahler şi ale colaboratorilor ei[60] cu privire la copiii cu tulburări severe. Conceptualizările actuale sunt în conformitate cu punctele de vedere metapsihologice ale teoriei psihanalitice (în mod particular, cu punctele de vedere dinamic-economice şi topografic-structurale). Iar straturile experienţei arhaice activate (transferul idealizant, transferul-oglindă, oscilaţiile către o fragmentare trecătoare a Sinelui) necesită o reconstruire empatică a experienţelor corespondente din copilărie. Conceptualizările lui Mahler sunt derivate din observaţiile psihanalitice sofisticate ale comportamentelor copiilor mici. În consecinţă, aceste conceptualizări sunt, cum era de aşteptat, în armonie cu un cadru teoretic adaptat la câmpul ei de observaţie. Formulările ei privind fazele de autism-simbioză şi separare-individuare aparţin deci cadrului socio-biologic al observării directe a copilului.

Cel mai bun rezumat al diferenţelor dintre cele două poziţii teoretice descrise mai sus (pornind de la care se fac observaţii empirice, traduse apoi în ipoteze generale) este probabil următorul. În cadrul conceptual al lui Mahler, copilul reprezintă o unitate psihobiologică ce interacţionează cu mediul. Ea teoretizează o dezvoltare psihobiologică solidă a relaţiei copilului cu obiectul: de la (a) o absenţă a relaţionării (autism), via (b) o uniune cu obiectul (simbioză), către (c) autonomia faţă de obiect şi mutualitatea faţă de acesta (individuare). Punctul meu de vedere metapsihologic psihanalitic, care este în acord cu metoda mea observaţională referitoare la reactivarea transferenţială a experienţei copilăriei, m-a condus spre a discerne dezvoltarea în paralel nu doar a narcisismului şi a iubirii de obiect (ambele mergând de la niveluri arhaice spre unele mai înalte), ci şi a două ramuri principale ale narcisismului însuşi Sinele grandios şi imagoul părintelui idealizat). Aceste diferenţe de conceptualizare reprezintă un efect al

două atitudini observaționale diferite: Mahler observă comportamentul copiilor mici, pe când eu reconstruiesc viața lor interioară pe baza reactivărilor transferențiale.

O comparație detaliată dintre formulările metapsihologiei psihanalitice și formulările obținute prin observarea directă a copilului depășește scopul cărții de față. Oricum, pe lângă contribuțiile lui Mahler, se pot adăuga: investigațiile lui Benjamin (1950, 1961), ale lui Spitz (1949, 1950, 1957, 1961, 1965) și ale altor autori ce ar trebui luați în considerare în acest context[61]. În mod special, în ultimele două decenii înțelegerea interacțiunii timpurii dintre mamă și copilul mic a fost îmbogățită printr-un număr semnificativ de investigații făcute de psihanaliști. Mahler, care a avut cele mai sistematice contribuții (și cele mai influente și mai relevante), va fi considerată în cele ce urmează ca fiind cea mai reprezentativă pentru întregul câmp al acestor cercetări.

Teoria lui Mahler privitoare la progresul de la autism la simbioză și individuare corespunde aproximativ cu concepția clasică a lui Freud a dezvoltării libidinale de la autoerotism, via narcisism, la iubirea de obiect. Transferurile narcisice reprezintă reactivări terapeutice ale fazelor de dezvoltare ce probabil corespund cu ultima parte a stadiului de simbioză și cu partea timpurie a stadiilor de individuare, în sensul lui Mahler. Totuși, aș vrea să subliniez încă o dată că observațiile mele m-au condus la convingerea fructuoasă, și în acord cu datele empirice, conform căreia avem două linii de dezvoltare separate și în mare parte independente: una ce pornește de la autoerotism și merge către narcisism și iubirea de obiect; o alta ce pornește de la autoerotism și merge către narcisism și către forme mai înalte ale narcisismului. Privitor la prima dintre cele două linii de dezvoltare, nu este deloc surprinzător că unii vor susține că putem distinge niște prestadii rudimentare ale iubirii de obiect mult mai devreme, încă din timpul fazelor autoerotice și narcisice. Ceea ce ar însemna că am avea o linie separată de dezvoltare a libidoului obiectual, care începe cu forme rudimentare și arhaice ale iubirii de obiect. (Vezi în acest context M. Balint, 1937 și 2014.) Totuși, eu prefer să rămân fidel formulării clasice — sunt înclinat să cred că atribuirea capacității de iubire obiectuală, chiar și în forme rudimentare, unui copil foarte mic (a nu se confunda, desigur, cu relațiile de obiect) are la bază niște falsificări retrospective și niște erori empatice „adultomorfe“.

Considerații clinice

Există pacienți pentru care diferențierea dintre transferul idealizant și transferul-oglindă nu se poate stabili foarte ușor deoarece fie oscilațiile între cele două se produc foarte rapid, fie transferul narcisic este el însuși tranzițional sau mixt. Amestecul constă din caracteristici ale idealizării analistului, plus prezența simultană a cererilor de oglindire și admirație sau a unei relații cu analistul de tip alter-ego sau fuzionale. Totuși, situații de acest tip nu sunt la fel de frecvente precum cele în care, cel puțin pentru perioade lungi de timp din analiză, poate fi făcută o diferențiere clară între cele două transferuri. În situațiile mixte — în particular acele cazuri unde oscilațiile rapide între activarea Sinelui grandios și cea a imagoului părintelui idealizat nu permit o focalizare clară a interpretărilor —, este de preferat ca analistul să nu insiste nici pe investirea temporară a Sinelui grandios, nici pe imagoul părintelui idealizat. Ideal este ca el să își concentreze atenția pe schimburile ce au loc între aceste două poziții și pe evenimentele ce le-au precipitat. Cel puțin în anumite cazuri, rapiditatea oscilațiilor pare să vină în serviciul unei negări defensive a vulnerabilității. De fiecare dată când pacientul își dezvoltă o ramificație vulnerabilă de idealizare către analist sau când încearcă în mod timid să își afișeze Sinele său iubit, invitând analistul la o participare admirativă, imediat pacientul revine la poziția opusă și — precum în fabula cu iepurele și broasca țestoasă — analistul este iar și iar depășit și nu poate să îl prindă din urmă pe pacient.

O altă chestiune practică se referă la forma interpretărilor ce se concentrează pe transferurile narcisice, în mod special pe transferurile-oglindă. Două capcane antitetice se pot transforma în impedimente în timpul analizei personalităților narcisice. Un impediment privește graba analistului de a lua o atitudine etică, realistă sau cu tentă moralizatoare vizavi de narcisismul pacientului; celălalt impediment privește tendința sa către oferirea unor interpretări prea abstracte.

În mod general, putem afirma faptul că triada formată din judecata de valoare, etica realității (vezi conceptul de etică sănătoasă al lui Hartmann, 1956, p. 64) și activismul terapeutic (măsuri educaționale, îndemnuri etc.), în care analistul simte ca trebuie să treacă dincolo de atitudinea de bază (dincolo de interpretare) și să devină conducătorul pacientului, învățătorul său și ghidul său, această triadă, deci, poate apărea, de obicei, când psihopatologia investigată nu este înțeleasă în plan metapsihologic. Deoarece în aceste circumstanțe analistul trebuie să tolereze criticile referitoare la ineficiența terapiei sale, nu prea poate fi învinovățit pentru că abandonează arsenalul analitic ineficient și se orientează

spre sugestie. Și ajunge astfel să se ofere pacientului ca un model sau ca un obiect cu care să se identifice, în scopul de a atinge schimbările terapeutice dorite. Dacă lipsa repetată de succes în ariile ce încă nu au fost înțelese din punct de vedere metapsihologic este tolerată și dacă nu sunt abandonate mijloacele analitice și nu se recurge la un activism terapeutic, atunci apariția de noi insighturi nu mai este împiedicată și cunoașterea poate să evolueze.

Un alt fenomen asociat poate fi observat în zone în care înțelegerea metapsihologică nu lipsește, dar este incompletă. Aici, analistul are tendința să suplimenteze interpretările și reconstrucțiile cu presiunea sugestiei și cu greutatea personalității terapeutului — acestea vor conta mult mai mult decât în cazurile ce sunt clar înțelese din punct de vedere metapsihologic. Există anumiți analiști despre care se spune că sunt extraordinar de înzestrați pentru analiza tulburărilor de personalitate narcisică. Astfel, apar diverse anecdote despre activitățile lor terapeutice ce ajung să fie bine-cunoscute în cercurile analitice.[62] Dar, la fel cum chirurgul din epoca eroică a chirurgiei era un om charismatic, înzestrat, ce dădea dovadă de isprăvi individuale și de aptitudini eroice, în timp ce chirurgul modern tinde să fie un meseriaș bine instruit și calm, tot așa se întâmplă și cu psihanaliștii. Cu cât cunoașterea noastră despre tulburările narcisice se extinde, procedurile de tratament anterioare, atât de solicitante din punct de vedere personal, se vor transforma într-o muncă măiastră a unor analiști înțelegători și plini de insighturi. Iar aceștia nu vor folosi niciun fel de charismă specială, ci se vor rezuma la a folosi doar instrumentele ce furnizează un succes rațional: interpretările și reconstrucțiile.

Implicațiile contratransferențiale ale înclinației analistului de a răspunde fixațiilor narcisice ale analizanzilor săi cu nerăbdare și cu plictiseală (chiar și sub o manieră subtilă) vor fi discutate în capitolul 11. Aici voi repeta doar ce am afirmat mai demult (1966a), anume că intruziunea improprie a sistemului de valori altruist al civilizației occidentale face ca terapeutul să își dorească să pună în locul poziției narcisice a pacientului un alt tip de relație: iubirea de obiect. Și aceasta fără să se țină cont de aspectele obiective ale dezvoltării mature sau ale adaptării folositoare. Altfel spus, în multe situații analitice, remodelarea structurilor narcisice și integrarea lor în personalitate trebuie evaluate ca un rezultat mult mai autentic și mai valid decât complianța precară a pacientului, care se supune cerinței de a-și schimba narcisismul său într-o iubire de obiect. Există, desigur, momente în analiza anumitor personalități narcisice când poate fi util ca terapeutul să adopte o poziție mai fermă, pentru a-l convinge, de pildă, pe pacient că gratificările obținute din fantasmele narcisice nemodificate sunt

înşelătoare. Un analist priceput şi cu state vechi se va face clar înţeles dacă, la nevoie, va înmâna coroana şi sceptrul analizandului său, în loc să îl confrunte cu o nouă interpretare verbală (ideea e în deplin acord cu psihanaliza tradiţională).

Totuşi, în general, procesul psihanalitic se consolidează cel mai bine când demonstrăm pacientului, prin termeni autentici şi obiectivi, rolul pe care îl joacă narcisismul său în universul arhaic, univers în care l-a primit pe analist, în ciuda reticenţei şi dificultăţilor. Şi este mult mai bine pentru noi, terapeuţii, să avem încredere că funcţiile sintetice spontane ale Eului pacientului pot să atingă o dominaţie graduală asupra poziţiilor narcisice din personalitatea sa într-un mediu analitic, empatic şi de acceptare, în loc să ne împingem analizandul către o imitare masivă a respingerii disprețuitoare din partea analistului privind lipsa de realism a analizandului. Analistul devine eficient în acest sens dacă este capabil să reconstruiască, în mare, stările arhaice ale Eului şi rolul specific pe care poziţiile narcisice l-au jucat în acele faze. Şi, totodată, dacă poate să stabilească nişte conexiuni între experienţele transferenţiale relevante şi traumele corespondente din copilărie.

Aluzia lui Freud, din ultimele sale scrieri, cu privire la tehnică, la stilul şi forma unor astfel de reconstrucţii reprezintă un bun exemplu privitor la tonul obiectiv (bazat pe explicaţii şi acceptare) ce ar trebui să fie utilizat pentru aceste intervenţii, chiar şi când reconstrucţiile din terapie nu vizează neapărat tulburările de personalitate narcisică: „Până la vârsta de n ani (îi spune Freud pacientului său imaginar) v-aţi crezut unicul şi nelimitatul posesor al mamei, apoi a venit un al doilea copil şi cu el o dezamăgire severă. Mama v-a părăsit pentru o perioadă şi nici ulterior nu vi s-a mai dedicat în exclusivitate. Sentimentele dvs. faţă de mama dumneavoastră au devenit ambivalente, tatăl a dobândit pentru dumneavoastră o altă importanţă etc.“ (Freud, 1937b/2010, p. 369).

Adecvarea sau inadecvarea relativă a presiunii educaţionale exercitate de analist asupra pacientului — fie că e vorba despre afirmaţii reci, obiective, fie de mustrări morale — ar trebui evaluată pe fundalul perspectivei metapsihologice asupra structurilor nerealiste ce ocupă centrul atenţiei terapeutice. Dincolo de idealizările nerealiste ale pacientului, există, desigur, acea grandiozitate nerealistă la care analistul tinde să răspundă în mod automat prin mijloace educaţionale (adică prin confruntarea cu realitatea sau printr-o atitudine de moralitate matură — cf. Hartmann, 1960). Analistul are această tendinţă mai ales când grandiozitatea este exprimată aparent nedeghizat prin atitudini de

superioritate arogantă sau trufie şi prin cereri nelimitate pentru atenţie, ce sunt pretinse aparent fără nicio consideraţie pentru limitele şi drepturile celorlalţi (ale analistului, de exemplu).

Capacitatea de a alege răspunsul adecvat pentru grandiozitatea manifestă a analizandului are ca premisă înţelegerea structurii specifice şi astfel a semnificaţiei psihice a cererilor sale. Mai precis: cererile narcisice evidente apar în tulburările de personalitate narcisică în următoarele trei forme, care pot fi deosebite prin termeni structurali şi dinamici. Fiecare dintre aceste forme ar trebui să declanşeze nişte răspunsuri terapeutice ale analistului care să le pună în acord cu determinanţii structurali şi dinamici specifici din comportamentul pacientului.

1. Comportamentul grandios poate exprima sectorul clivat vertical al psihicului (vezi discuţia cazului J. şi diagrama 3 din capitolul 7). Am conchis că nu e de folos pentru progresul psihanalitic (pentru atingerea sănătăţii prin schimbarea structurală) să confruntăm manifestările narcisice nedeghizate ale sectorului clivat cu realitatea, apelând la persuasiunea educaţională, la mustrări şi altele asemenea. Munca analitică esenţială ar trebui înfăptuită la graniţa dintre zgomotosul sector clivat şi tăcutul Eu-realitate care mediază transferul narcisic de bază. Rezistenţa de la această graniţă nu va fi depăşită prin lupta cu aroganţa clivată, ci prin explicarea ei (prin reconstrucţii dinamic-genetice) şi reaşezarea ei în sectorul central al personalităţii, cu scopul de a convinge acest sector central să accepte sectorul clivat în câmpul său. Succesul acestui demers duce la două rezultate: (a) forţele morale, estetice şi cele adaptate la realitate, ce aparţin Eului central, vor începe singure să transforme cererile narcisice arhaice şi să le facă mult mai acceptabile din punct de vedere social şi mai folositoare din punct de vedere psiho-economic. Şi mai important, (2) are loc o mutare a investirilor narcisice arhaice din sectorul clivat vertical înspre sectorul central, ceea ce sporeşte înclinaţia către instalarea unui transfer (narcisic). Accentul se pune pe efectuarea mutării dinspre partea clivată vertical (ce nu are potenţial transferenţial) către sectorul clivat orizontal din psihic (ce chiar poate să formeze un transfer narcisic). Aş putea adăuga aici că aceleaşi condiţii prevalează şi în cazul perversiunilor ce sunt construite, în bună parte, pe o fundaţie narcisică. Comportamentul pervers rezidă în sectorul clivat vertical al psihicului şi mai întâi trebuie să fie integrat în sectorul central. Abia mai apoi forţele instinctuale

de dedesubt vor fi canalizate într-un transfer narcisic şi devin astfel disponibile pentru procesul sistematic de perlaborare.

2. A doua formă sub care apar, în mod manifest, cererile narcisice poate fi de asemenea descrisă în termeni structurali şi dinamici. În aceste situaţii avem de-a face cu o structură grandioasă izolată într-un mod nesigur (prin clivaj orizontal) în sectorul central al personalităţii. Răbufnirile spasmodice ale structurii grandioase întrerup, pentru perioade mai scurte sau mai lungi de timp, simptomatologia cronică predominantă a deficitului narcisic. Deoarece aceste răbufniri au ca rezultat un dezechilibru psiho-economic (de exemplu, suprastimularea), ar trebui să fie considerate drept nişte stări traumatice.

3. Atitudinile narcisice manifeste pot apărea şi ca o formă de narcisism defensiv, deseori sprijinind (fie în mod cronic, fie doar ca o măsură temporară de urgenţă) apărările împotriva cererilor venite dintr-un strat mult mai adânc al configuraţiilor narcisice. Trufia temporară a domnului J. în momentul în care cererile Sinelui grandios arhaic exhibiţionist au fost mobilizate în transfer, în timp ce povestea despre modul în care obişnuia să se bărbierească, aparţine acestui context. Răspunsul adecvat al analistului pentru o astfel de situaţie îl reprezintă tot o interpretare dinamică şi o reconstrucţie genetică. Totuşi, când o apărare cronică grandioasă a fost înconjurată în mod secundar de un sistem de raţionalizări, atunci s-ar putea să fie nevoie şi de exercitarea unui grad de presiune educaţională pentru a desface modificările Eului din acest câmp. Raţionalizările în cauză sunt similare cu camuflarea unei fobii printr-un sistem de raţionalizări ce cuprinde preferinţe, prejudecăţi şi gusturi idiosincrazice.

Am discutat, până aici, despre posibilele răspunsuri inadecvate ale terapeutului la narcisismul pacientului — fie că sunt moralizatoare, fie că sunt realiste într-un mod prematur (în sensul dorinţei de a impune prea repede o adaptare de succes). Acum mă voi întoarce la a doua capcană a tehnicii analitice din analiza acestor tulburări — şi mă refer la faptul că interpretările analistului privind transferul narcisic s-ar putea să devină prea abstracte. Acest pericol poate fi mult diminuat dacă evităm să devenim victimele confuziei răspândite dintre relaţiile de obiect

şi iubirea de obiect. Aşa cum am afirmat mai demult (1966a), „antiteza narcisismului nu este relaţia de obiect, ci iubirea de obiect. O abundenţă a relaţiilor de obiect în cazul unui individ, aşa cum poate fi remarcată de observatorul câmpului social, poate să mascheze trăirea sa narcisică a lumii obiectuale. La fel, aparenta izolare sau însingurare a unei persoane poate să reprezinte un cadru pentru o bogăţie de investiri obiectuale curente“ (p. 245). În consecinţă, trebuie să avem în minte (a) că interpretările noastre cu privire la transferul idealizant şi transferul-oglindă reprezintă nişte observaţii legate de o intensă relaţie de obiect, în ciuda faptului că obiectul este investit narcisic; şi (b) că explicăm analizandului cum propriul său narcisism îl conduce către o sensibilitate ridicată privitoare la anumite aspecte şi acţiuni specifice ale obiectului (analistul), pe care îl percepe într-un mod narcisic. Analistul trebuie să aibă în minte faptul că manifestările procesului analitic şi mobilizarea transferenţială a structurilor narcisice se produc sub forma relaţiei narcisice de obiect. Doar atunci el va putea să demonstreze pacientului, în termeni concreţi, nu doar modul în care reacţionează, ci şi faptul că, în prezent, reacţiile sale sunt concentrate în mod special pe analist, ale cărui atitudini şi acţiuni sunt percepute de pacient ca o reînviere a situaţiilor, funcţiilor şi obiectelor semnificative din punct de vedere narcisic pe care le-a experimentat în trecut. Mai departe, deoarece gândirea şi acţiunea sunt încă neseparate la nivelurile patognomonice ale regresiei mobilizate în analiza tulburărilor narcisice, analistul trebuie să accepte cu calm ceea ce pare să fie un „acting out“ repetat şi să reacţioneze la acesta, considerându-l un mijloc arhaic de comunicare.

Dacă interpretările analistului sunt îndeobşte non-critice; dacă el poate să clarifice pacientului în termeni concreţi semnificaţia şi sensul mesajelor lui (deseori puse în act), ale hipersensibilităţii sale iraţionale şi ale mişcărilor înainte-înapoi ale fluxului de investiri ale poziţiilor sale narcisice; şi, în special, dacă terapeutul poate să demonstreze segmentului observator şi autoanalizant al Eului pacientului că aceste atitudini arhaice sunt inteligibile, adaptative şi valoroase în contextul global al stadiilor de dezvoltare a personalităţii din care provin — atunci segmentul matur al Eului nu va fugi de grandiozitatea Sinelui narcisic sau de trăsăturile minunate ale obiectului supraestimat, perceput narcisic. Şi, în mod repetat, în porţiuni mici, gestionabile din punct de vedere psihic, Eul va face faţă dezamăgirii rezultate din recunoaşterea faptului că cererile Sinelui său grandios sunt nerealiste. Ca răspuns la această experienţă, Eul va avea în principiu două variante. Una dintre variante constă în retragerea unei părţi din investiţia narcisică (printr-un fel de doliu) ce fusese îndreptată către imaginea arhaică a Sinelui. Cealaltă variantă constă în neutralizarea

energiilor narcisice asociate sau în canalizarea lor înspre activităţi inhibate în privinţa scopului, acestea realizându-se cu ajutorul structurii nou dobândite. Astfel, tot în mod repetat şi în porţiuni mici, gestionabile psihic, Eul va face faţă dezamăgirii rezultate din recunoaşterea faptului că obiectul idealizat al Sinelui este indisponibil sau imperfect. Ca răspuns la această experienţă, va retrage o parte a investirii idealizante dinspre obiectul Sinelui şi va întări structurile interne corespondente. Pe scurt, dacă Eul învaţă mai întâi să accepte prezenţa configuraţiilor narcisice mobilizate, atunci le va integra gradual în câmpul său. În acest sens, analistul va fi martorul instaurării dominaţiei Eului şi autonomiei Eului în sectorul narcisic al personalităţii.

Stări traumatice

Având în vedere faptul că structura psihică de bază cu rol de neutralizare este insuficient dezvoltată la majoritatea pacienţilor cu tulburări de personalitate narcisică, aceşti pacienţi nu doar că sunt înclinaţi să sexualizeze nevoile şi conflictele lor, dar manifestă şi numeroase alte deficite funcţionale. Ei sunt uşor de rănit şi ofensat, devin foarte repede suprastimulaţi, iar fricile şi îngrijorările lor tind să se răspândească şi să ajungă fără limite. În consecinţă, nu este deloc surprinzător că, în timpul analizei (aşa cum este cazul şi pentru viaţa de zi cu zi), aceşti pacienţi sunt supuşi la stări traumatice recurente, în special în fazele timpurii ale tratamentului. În astfel de momente analiza îşi mută temporar concentrarea aproape în exclusivitate pe împovărarea psihicului, anume pe faptul că există un dezechilibru psiho-economic la nivelul psihicului.

O parte dintre aceste stări traumatice sunt cauzate, desigur, de evenimente externe. Deoarece aceşti factori precipitanţi se traduc în orice lucru care poate provoca anxietate, teamă, îngrijorare şi altele asemenea, nu are rost să îi discutăm în mod special. Putem doar să subliniem încă o dată faptul că ceea ce atrage atenţia în cazul acestei stări psihice (traumatice) nu este conţinutul manifestării în sine, ci dimensiunea exagerată a reacţiei, intensitatea supărării şi paralizia temporară a funcţiilor psihice. Există doar un eveniment specific declanşator pe care îl voi menţiona pe scurt deoarece ilustrează foarte bine excesul tulburării şi textura psihică a trăirii: este vorba de acel faux pas (despre

gafă). De multe ori (în special, în fazele timpurii din analiza personalităţilor narcisice), pacientul ajunge la şedinţă plin de ruşine şi anxietate din cauza unui faux pas pe care crede că l-a comis[63] — a spus o glumă care s-a dovedit deplasată, a vorbit prea mult despre el la companie, a fost îmbrăcat neadecvat etc. Când este examinată în detaliu, durerea provocată de astfel de situaţii poate fi înţeleasă prin recunoaşterea faptului că s-a produs o respingere, bruscă şi neaşteptată, chiar în momentul în care pacientul era cel mai vulnerabil. Anume exact în momentul în care se aştepta să strălucească şi când anticipa aclamaţii în fantasmele sale. (Ruşinea pe care cineva o resimte când comite un act ratat sau alte parapraxii este similară cu cea de după un faux pas. În parte, este cauzată de recunoaşterea bruscă, narcisic dureroasă, că persoana nu a avut control asupra ariei în care persoana credea că este un stăpân indiscutabil — în aria propriului psihic — vezi Freud, 1917b/2014). Pacientul narcisic tinde să reacţioneze la amintirea acelui faux pas cu ruşine excesivă şi cu o respingere de sine. Mintea sa se tot întoarce la momentul dureros, cu încercarea de a eradica realitatea incidentului prin mijloace magice, încercând deci să anuleze acel eveniment penibil, ca şi cum nu ar fi fost. Simultan s-ar putea ca pacientul să îşi dorească, cu furie, să se elimine pe el însuşi, pentru a şterge definitiv în acest fel amintirea chinuitoare.

Acestea pot reprezenta momente foarte importante în analiza personalităţilor narcisice. Ele necesită toleranţa analistului pentru reluarea repetată a scenei dureroase şi pentru neplăcerea pe care aceste evenimente aparent banale o provoacă. Pentru perioade lungi de timp analistul trebuie să participe empatic la dezechilibrul narcisic de care suferă pacientul; trebuie să ofere înţelegere pentru ridicolul dureros pe care îl resimte pacientul şi pentru furia sa legată de faptul că evenimentul în cauză nu mai poate fi anulat. Apoi, gradual, dinamicile situaţiei pot fi din nou abordate (cu o atitudine de acceptare) şi pot fi identificate dorinţele pacientului pentru aclamaţii şi rolul perturbator al grandorii şi exhibiţionismului infantile. Grandiozitatea şi exhibiţionismul infantile, de asemenea, nu trebuie să fie condamnate. Pe de o parte, analistul trebuie să arate pacientului cum intruziunea cererilor infantile nemodificate în această arie îi produce o stânjeneală reală; iar pe de altă parte, trebuie să ajungă la o acceptare a legitimităţii poziţiei acestor dorinţe, aşa cum sunt văzute în reconstruirea empatică a contextului genetic. Pe baza unor astfel de insighturi preliminare, se poate ajunge mai departe la progrese în înţelegerea furiei intense a pacientului şi a respingerii de sine. Pot apărea amintiri relevante ce au tendinţa să completeze şi să corecteze reconstrucţiile preliminarii. De obicei, se referă la situaţii în care cererea legitimă a copilului pentru atenţie aprobatoare din partea adulţilor nu a

primit răspuns, ci dimpotrivă, copilul a fost certat sau ridiculizat chiar în momentul în care voia să se afişeze cu mare mândrie.

Întreaga anvergură a travaliului analitic într-un astfel de sector al personalităţii nu poate fi, desigur, epuizată prin răspunsul la un singur eveniment extern specific, la un singur faux pas (sau prin răspunsul la un singur incident similar din contextul transferului clinic). Doar prin analiza repetată, sistematică şi atentă a stărilor traumatice de acest tip (şi în ciuda rezistenţelor puternice), grandiozitatea şi exhibiţionismul vechi, ce stau în centrul acestor reacţii, devin inteligibile şi pot fi tolerate de Eu fără o ruşine şi o teamă excesive şi fără frica de eşec sau ridicol. Doar prin câştigarea accesului lor în Eu, Eul va fi capabil să construiască structurile specific adecvate ce transformă pulsiunile narcisice arhaice şi idealizările în ambiţii acceptabile, stimă de sine şi plăcerea pentru propria funcţionare.

Există şi alte stări traumatice care apar în mod specific în stadiile de mijloc sau chiar în cele de final din analiza personalităţilor narcisice — în mod paradoxal, ele apar deseori ca răspuns la interpretările date în mod corect şi empatic, şi care ar trebui (şi până la urmă aşa fac) să faciliteze procesul analitic. La prima vedere, cineva poate să fie înclinat să explice aceste reacţii ca o manifestare a vinovăţiei inconştiente, caz în care vorbim despre nişte reacţii terapeutice negative (Freud, 1923/2010). Totuşi, din mai multe motive, această explicaţie este de obicei una incorectă. Personalităţile narcisice nu sunt în general afectate în mod predominant de sentimente de vinovăţie (nu sunt înclinate să reacţioneze exagerat la presiunea exercitată de Supraeul lor idealizat). Tendinţa lor predominantă este să fie copleşite de ruşine, anume ele reacţionează la străpungerile aspectelor arhaice ale Sinelui grandios, în mod special la exhibiţionismul non-neutralizat.

Voi oferi un exemplu pentru o astfel de stare traumatică din a doua categorie (cea care apare după fazele de început ale analizei). Ilustrarea de mai jos provine din tratamentul analitic al dlui B. Aşa cum am menţionat mai devreme, aceste stări (deseori severe) de dezechilibru psiho-economic şi elaborările lor psihice sunt (a) declanşate de interpretări corecte şi (b) sunt menţinute şi prelungite de eşecul temporar al analistului în a înţelege natura reacţiei pacientului.

Şedinţa relevantă din analiza domnului B. a avut loc după un weekend de la sfârşitul primului an de analiză. A vorbit destul de calm despre marea lui capacitate de a tolera separările. De exemplu, a fost capabil să adoarmă fără să se

calmeze prin masturbare, chiar și în timpul unei separări de weekend (e vorba despre separarea de analist) și în ciuda absenței iubitei lui înțelegătoare și liniștitoare, care se mutase de curând în altă parte a țării. Pacientul a început atunci să speculeze despre specificul „nevoilor de băiețel“ ce păreau să stea la baza neliniștii provocate de singurătate. A vorbit despre faptul că mamei sale pare să nu îi fi plăcut propriul ei corp și că renunțase la apropierea fizică. În acest punct, analista i-a zis pacientului că neliniștea sa și tensiunile sale erau legate de faptul că, dată fiind atitudinea mamei sale, nu a învățat niciodată să se perceapă pe el însuși ca fiind „iubitor, demn de iubire și de mângâiere“. După un moment de tăcere, pacientul a răspuns interpretării analistei cu aceste cuvinte: „Poc! Zbang! Chiar la țintă!“ Această exclamație a fost urmată de o scurtă elaborare privitoare la anumite detalii din viața sa amoroasă. Apoi s-a referit din nou la mama sa (dar și la fosta sa soție) care l-a făcut să se simtă „ca un parazit sau ca un jeg“. În final, a tăcut; a spus că toate acestea l-au mișcat teribil; au început să îi curgă lacrimile și a plâns fără cuvinte până la sfârșitul ședinței.

În ziua următoare a venit într-o stare răvășită și foarte tulburată; și a rămas incitat și profund perturbat și în săptămâna următoare. S-a văietat că ședințele analitice erau foarte scurte; a spus că nu poate dormi noaptea și că, atunci când în final adoarme epuizat, somnul său nu este suficient de odihnitor și are numeroase vise anxioase și excitante. Asocierile lui l-au condus la gânduri furioase despre femeile non-empatice; avea fantasme sexuale despre analistă; avea vise în care înfuleca lucruri, vise cu sâni și cu simboluri oral-sadice amenințătoare (albine zumzăitoare); spunea că nu se simte viu și se descria ca fiind precum un aparat de radio care nu funcționează pentru că firele i s-au încurcat. Și, cel mai alarmant, a început să născocească fantezii bizare (pe care le-a avut doar la începutul tratamentului) cum ar fi niște „sâni băgați în filetul de bec“ și altele asemenea. Analista, care se simțea confuză în legătură cu starea traumatică a pacientului, a încercat să îl ajute făcând referiri la mama sa non-empatică — dar fără niciun rezultat. Doar după ce a trecut ceva timp, în retrospectivă, analista a ajuns să înțeleagă semnificația acestui eveniment și a putut să îl ajute pe pacient să treacă repede peste agitația aferentă când intra în stări similare (interpretarea găsită de ea a fost confirmată și de alte episoade similare).

În esență starea traumatică a pacientului era cauzată de faptul că el reacționase prin suprastimulare și incitare la interpretarea corectă a analistei. Psihicul său vulnerabil nu putea să facă față satisfacerii unei nevoi (îndeplinirii unei dorințe) ce existase încă din copilărie: aceea de a primi un răspuns empatic corect din

partea unei figuri importante din mediul său. Dorința infantilă (sau mai degrabă nevoia) pentru răspunsul empatic și fizic al mamei a devenit brusc foarte stimulată când analista a pus-o în cuvinte. Faptul că a folosit în particular termenii de „demn de iubire și de mângâiere“ a făcut ca răspunsul ei să treacă dincolo de apărările lui cronice. Astfel psihicul său a fost inundat de entuziasm și tensiunile libidinale narcisice intens stimulate au condus la o accelerare frenetică a activității psihice și la o sexualizare masivă a transferului narcisic. Totuși, în ultimă instanță, deficitul psihic de bază al pacientului a fost cel răspunzător pentru toată agitația: psihicului său îi lipsea capacitatea de a neutraliza tensiunile narcisice orale (și sadic-orale) ce erau declanșate de interpretările analistei. Îi lipseau acele structuri ale Eului ce l-ar fi făcut să transforme aceste tensiuni în fantasme și dorințe (mai mult sau mai puțin inhibate în privința scopului) relative la nevoia de tandrețe, de idealizări romantice sau chiar de creativitate și de muncă intensă.

Conținutul acestor reacții, deseori foarte supărătoare, variază destul de mult și este, desigur, determinat nu doar de întregul personalității pacientului, dar și de evenimentul specific ce a declanșat dezechilibrul psiho-economic și neajutorarea Eului (care la rândul ei este cauzată de funcțiile reglatorii deficitare). Unii pacienți încep să se comporte în aceste circumstanțe ca și cum ar fi „nebuni“ — în sensul în care un isteric poate să pară că se poartă ca și cum ar suferi de o boală neurologică bizară. Observatorul unor astfel de stări temporare de dezechilibru mental rămâne cu impresia nedumerită că pacientul se comportă ca și cum ar fi nebun, dar, în realitate, nu este nici nebun, nici prefăcut. Comportamentul anormal al pacientului poată să includă activități periculoase ce sunt întreprinse în afara situației analitice. Totuși, în general, această formă acută a psihopatologiei tinde să se manifeste aproape exclusiv în sfera verbală a situației analitice înseși. Anume, pacientul are un simț al realității suficient de solid, încât să prevină un acting out riscant din punct de vedere social. Însă, în situația analitică, avem un comportament grosolan și intenționat bizar, marcat de utilizarea regresivă a limbajului, de o regresie caracteristică a umorului către calambururi aflate la nivelul proceselor primare, dar și de o savoare sadic-orală sau sadic-anală a comunicărilor incoerente.

Într-o analogie literară, anumite aspecte din comportamentul lui Hamlet pot fi menționate în acest context. Și comportamentul lui Hamlet îl confruntă pe observatorul empatic cu întrebarea aparent fără răspuns dacă el suferă cu adevărat de o boală mentală sau dacă doar se preface (mai mult sau mai puțin conștient) că este nebun. Cred că nedumerirea se rezolvă singură, așa cum se

întâmplă și în cazul episoadelor traumatice analoage ale pacienților noștri, îndată ce începem să înțelegem relativul dezechilibru temporar al Eului lui Hamlet ce este copleșit de o sarcină enormă a adaptării interne și a schimbării. Mai precis, putem asuma pe baza mai multor indicii (incluzând poate și răspunsul afectuos al poporului față de prinț) că Hamlet a fost un tânăr foarte idealist, că a văzut lumea și în mod special oamenii din imediata lui apropiere ca fiind buni și nobili. Când se confruntă însă cu evenimentul ce constituie factorul declanșator al tragediei (uciderea tatălui său de către unchiul său și complicitatea mamei la crimă), Hamlet este nevoit să recurgă la o întreagă restructurare a percepției sale asupra lumii. Anume, se produce o devalorizare a tuturor valorilor sale centrale și se forjează o nouă perspectivă asupra lumii, una care asumă realitatea răului în lume. Faptul că această schimbare totală din aria (narcisică) a valorilor și idealurilor trebuie îndeplinită în același timp în care Eul este presat și de tensiunile oedipiene puternic mobilizate[64] contribuie, desigur, la împovărarea majoră a aparatului psihic. Totuși, conflictele oedipiene nu pot explica, doar ele, extinderea și natura traumatică a stării de care suferă Hamlet. Psihicul lui Hamlet a fost „întors pe dos“ pentru că a trebuit să se confrunte cu faptul că lumea în care a crezut i-a fost, și ea, „întoarsă pe dos“. La început el răspunde cu negare față de noua realitate ce-i distruge perspectiva idealistă precedentă. Negarea este urmată de o intruziune parțială a realității profund de supărătoare și de nedorite în conștiința lui Hamlet sub o formă cvasi-delirantă (apariția fantomei tatălui său). În timpul acestei faze de acceptare parțială a noii perspective asupra realității, este totuși menținută o negare parțială a semnificației descoperii sale (alături de recunoașterea adevărului). Din punct de vedere psihic, adevărul este recunoscut de o parte din personalitatea lui Hamlet, dar este ținut izolat de o altă parte (clivaj vertical în Eu). Apoi urmează faza în care starea traumatică își afișează manifestările cele mai tipice. Avem deci (a) fenomenul de descărcare, pornind de la jocuri de cuvinte sarcastice și mergând până la răbufniri nesăbuite și agresive (uciderea lui Polonius); și (b) fenomenul retragerii, pornind de la meditații filosofice și ajungând până la preocupări melancolice.

Pacienții noștri nu au de a face, obiectiv vorbind, cu sarcini de magnitudinea provocărilor lui Hamlet, care s-a trezit că îi este zdrobită întreaga sa imagine asupra lumii. Cu toate acestea, relativul dezechilibru ce se produce în Eul lor fragil sau în structura lui incompletă de persoană narcisic vulnerabilă poate să producă un tablou clinic ce seamănă destul de mult cu cel prezentat de marele prinț al lui Shakespeare.

Totuși, prezența analistului și răspunsul acestuia la starea traumatică a

pacientului sunt de o mare importanţă — nu doar pentru că aduc o mare uşurare pentru aparatul psihic invadat al analizandului, dar în special pentru înţelegerea pe care o câştigă pacientul cu privire la cauzele stării sale mentale de dezechilibru şi la natura stărilor sale traumatice recurente.

Cu alte cuvinte, dacă analistul a învăţat să recunoască aceste stări traumatice, dacă înţelege că ele sunt cauzate de o invadare a libidoului narcisic non-neutralizat (deseori sadic-oral) şi dacă el comunică înţelegerea sa prin interpretări adecvate, atunci agitaţia pacientului se va diminua. De exemplu, analistul trebuie să îi spună pacientului că înţelegerea şi insightul pe care le-a obţinut în şedinţa precedentă l-au zguduit considerabil şi că acum îi este dificil să îşi recapete echilibrul. Fără să facă din nou referire la conţinutul interpretărilor precedente (la nevoia arhaică de a fi luat în braţe şi atins, dacă luăm cazul dlui B.) sau referindu-se la conţinut doar tangenţial, analistul ar trebui să îi spună pacientului că, uneori, este foarte greu să devii conştient de intensitatea vechilor dorinţe şi a nevoilor, că posibilitatea îndeplinirii lor poate deveni copleşitoare pentru pacient şi că starea curentă trebuie înţeleasă ca o încercare de a scăpa de excitaţia prea intensă. Iar detaliile dinamice semnificative (precum impresia dlui B. că şedinţele erau în acele momente prea scurte) pot fi explicate sub forma dezechilibrului său intern. Ele sunt expresia conştientizării faptului că există o discrepanţă între tensiunea sa şi capacitatea sa de a îi face faţă. Analistul poate recurge şi la o reconstrucţie a vieţii psihice a copilului vizavi de tensiuni; şi poate clarifica faptul că în astfel de circumstanţe copilul are nevoie de prezenţa unui adult, care să diminueze tensiunile, dar şi că pacientul retrăieşte acum, temporar, această stare veche, deoarece personalitatea mamei nu i-a permis trăirea optimală a acestor experienţe în copilărie.

Toate afirmaţiile precedente trebuie luate doar ca exemple menite să descrie atitudinea generală a analistului în astfel de momente de dezechilibru psihic ce apar la pacientul său. Din experienţa mea, de obicei nu este dificil să ajungi la o împăcare cu o astfel de tensionare. Şi, în general, pacientul nu doar că se calmează destul de repede, dar află şi multe lucruri despre el în timpul acestui proces. Nu în ultimul rând, se iniţiază astfel procesul de construire a unor noi structuri psihice. Insighturile obţinute îi permit pacientului să rămână conştient de tensiunile narcisice şi, astfel, să le canalizeze într-o varietate de contexte ideatice. În plus, el învaţă gradual să gestioneze aceste stări tensionate care îi devin tot mai familiare, fără ajutorul analistului. (Câteodată, ca o etapă în analiză, pacienţii îşi vor imagina prezenţa analistului atunci când sunt invadaţi cu astfel de tensiuni — în weekend, de exemplu. Sau îşi vor repeta cuvintele

analistului — dar vor renunța până la urmă la aceste identificări intense, pe care le vor înlocui cu atitudini cu adevărat internalizate sau chiar de achiziţii dobândite independent. Astfel, se va putea constata cum unele aptitudini, cum este simțul umorului, vor începe să înflorească acolo unde până atunci ele nu existaseră decât în forme rudimentare şi latente, fără să fi avut șansa să se dezvolte.)

Anna Freud, comentând asupra studiului de față într-o discuție personală, s-a exprimat în legătură cu această problematică astfel: „În aceste cazuri, pacientul îl folosește pe analist nu pentru a reînvia dorințe orientate către obiect, ci pentru incluziunea acestuia într-o stare libidinală (narcisică), la care a regresat sau la care a rămas blocat. Situația în cauză poate fi numită transfer; sau se poate numi o subspecie de transfer… Lucrul acesta chiar nu contează atât timp cât este înțeles faptul că fenomenul nu este produs de investirea analistului cu libido obiectual“.

„Situaţia analitică constă, dupa cum se ştie, din faptul că ne aliem (în terapie) cu Eul persoanei analizate, pentru a domina acele părţi nestăpânite ale Se-ului, deci pentru a le introduce în sinteza Eului. (…) Eul cu care vrem să facem un astfel de pact trebuie să fie un Eu normal. Dar un Eu normal este (…) o ficţiune ideală. (…) Orice om normal, de fapt, este numai în medie normal. Eul său se apropie de cel al psihoticului în cutare sau cutare privinţă, într-o măsură mai mare sau mai mică, iar depărtarea faţă de primul capăt şi apropierea faţă de cel de-al doilea capăt al seriei devine deocamdată pentru noi măsura pentru ceea ce se desemnează atat de indeterminant ca «alterare a Eului»“ (Freud, 1937/2010, p. 340, trad. mod.).

Schimbarea stării Eului ce se produce atunci când te laşi cuprins de jocul teatral şi când dezinvesteşti realitatea curentă, orientându-te către o lume a imaginației şi a amintirilor prelucrate artistic, este foarte frumos înfățișată în Zueignung (Închinare), poemul cu care Goethe introduce piesa Faust, cea mai mare şi cea mai semnificativă creaţie a sa din punctul meu de vedere. Lăsând la o parte anumite inconsistențe minore, acest poem descrie perfect starea mentală pe care schimbarea investirii o provoacă în analizand şi, prin rezonanţă empatică, în analist. Ultimele două versuri ale poemului (pe care mi le-a semnalat dr. Richard Sterba în 1969) se aplică nu doar stării psihice produse de trăirea unei opere de artă (a unei piese de teatru), ci şi stării psihice specifice acelei faze din analiză când trecutul pacientului este reînviat şi prezentul se retrage: „Ce e de faţă, vede-se ca-n depărtare/ Şi ce-a pierit, aievea e ca o izbândă“ (Goethe, Faust, trad. de Lucian Blaga, Editura de Stat pentru Literatură şi Artă, Bucureşti, 1955, p. 32).

Analiza componentei agresive a stadiului preobiectual de diferenţiere din cadrul organizării psihice are loc în aceleaşi coordonate. Astfel, fenomenul „furiei narcisice“ poate fi clarificat într-un mod matur, iar semnificaţia sa dinamico-economică poate fi lămurită dacă sunt păstrate în minte scopul ei iniţial şi semnificaţia ei originară.

Discuţia privind deosebirea dintre funcţionarea mecanismelor psihice izolate şi activitatea coezivă a configuraţiilor psihice are, totuşi, o oarecare relevanţă şi pentru sistemul teoretic kleinian, doar că acest sistem tinde să înceţoşeze această distincţie importantă. În contextul de faţă vezi şi sublinierea diagnosticului diferenţial pentru psihoză şi pentru tulburările de personalitate narcisică (capitolul 1).

Vezi în acest context contribuţia revelatoare adusă de Nagera (1964).

Vezi, de exemplu, Mahler (1952, 1969), Mahler şi Gosliner (1955), Mahler şi La Perriere (1965).

Studiile revoluţionare ale Theresei Benedek (1949, 1956, 1959) aparţin, precum cele ale lui Mahler, câmpului conceptual al interacţionalismului psihanalitic, chiar dacă nu au fost realizate în urma observării directe a copilului. Acest sistem teoretic este definit de poziţia observatorului care, fiind echidistant faţă de părţile ce interacţionează, ocupă un loc imaginar în afara individului cu trăirile sale. Totuşi, aria centrală a metapsihologiei psihanalitice (vezi Kohut, 1959) este definită de poziţia observatorului ce ocupă un loc imaginar înăuntrul organizării psihice a individului, cu a cărei introspecţie se identifică în mod empatic (introspecţie indirectă, vicariantă).

Aprecierea influenţei personalităţii terapeutului are o importanţă particulară în evaluarea rezultatelor tratamentului din psihoterapiile psihozelor şi ale aşa-numitelor stări „borderline“ (A. Stern, 1938). Nu prea încape îndoială asupra faptului că fervoarea cvasi-religioasă a terapeutului sau sentimentul lui profund de sfinţenie interioară (vezi, de exemplu, Gertrude Schwing, 1940, p. 16) oferă o pârghie terapeutică importantă în tratamentul adulţilor şi copiilor foarte perturbaţi, ceea ce explică anumite succese terapeutice surprinzătoare. Influenţa relevantă poate să vină direct de la terapeutul charismatic sau poate fi transmisă prin echipa terapeutică pe care el o conduce. (În acest context poate fi reamintită personalitatea impunătoare a lui C.G. Jung, care a exercitat, fără îndoială, o influenţă adâncă asupra colaboratorilor săi şi astfel, indirect, asupra pacienţilor sever perturbaţi din comunitatea terapeutică.) În ultimă instanţă ne ocupăm aici de o cură prin iubire — cu toate că e o iubire în mare parte narcisică! —, înrudită cu abordarea de care Freud s-a arătat ofuscat când a fost confruntat cu ultimele experimente ale lui Ferenczi. (Vezi scrisoarea lui Freud către Ferenczi din 13 decembrie 1931, aşa cum este citată de Jones, 1957, p. 113.). Nu doar personalitatea mesianică sau sfântă a terapeutului pare că joacă un rol activ în succesele terapeutice, dar şi istoricul său de viaţă. Gândiţi-vă, de exemplu, la mitul — ca şi în cazul lui Iisus — al celui ce a înfruntat moartea printr-o iubire nesfârşită şi dătătoare de viaţă. Toate acestea par câteodată să formeze o parte importantă a charismei eficace (vezi în acest context Victor Frankl, 1946, 1958, a cărui supravieţuire din lagărul de concentrare — lagărul „morţii“ (!) — a devenit un aspect central al personalităţii şi capacităţii sale terapeutice, dar şi al orientării sale terapeutice). Desigur, nimeni nu ar trebui să obiecteze faţă de succesele terapeutice în cazul unor tulburări aproape netratabile, doar pentru că succesele au fost atinse prin influenţa directă sau indirectă exercitată de personalitatea terapeutului. Ce este de obiectat însă reprezintă raţionalizările secundare care încearcă să ofere respectabilitate ştiinţifică procedurilor utilizate. Decizia legată de faptul că o formă terapeutică specifică este în esenţă ştiinţifică sau mai degrabă motivaţională (deci întrebarea dacă forţele iraţionale implicate s-au aflat sau nu sub controlul raţional al terapeutului) trebuie precedată de nişte răspunsuri la următoarele întrebări: (1) Avem o perspectivă sistematică şi teoretică asupra proceselor implicate în terapie? (2) Metoda tratamentului poate fi comunicată şi altora, adică poate fi învăţată (şi deci practicată) şi în absenţa celui care a utilizat-o iniţial? Şi cel mai important: (3) Metoda tratamentului rămâne una de succes şi după moartea creatorului ei? În mod particular, ultima întrebare pare să indice dacă metodologia terapeutică era una ştiinţifică sau dacă succesul ei depindea de prezenţa unei singure persoane înzestrate în mod specific.

Tendința complementară, aceea de a fi hipersensibil și foarte critic față de neadecvarea reală sau imaginară a altor oameni (cum ar fi un comportament prin care se cerșește atenție sau o îmbrăcăminte ostentativă), este de obicei întâlnită la oameni la care integrarea propriei lor grandiozități și a propriului exhibiționism a rămas imperfectă.

Vezi interpretarea lui Freud din Interpretarea viselor (1900/2010); vezi și Jones (1910).

Capitolul 9. O ilustrare clinică a transferurilor narcisice

Este destul de dificil ca într-o expunere precum cea prezentă nu doar să demonstrezi rezonabilitatea ipotezelor teoretice şi consistenţa lor în cadrul metapsihologiei psihanalitice (incluzând consideraţiile despre dezvoltare), ci să şi indici baza lor empirică şi relevanţa lor clinică. Nicio modalitate de expunere nu poate fi suficientă de una singură, ci trebuie să alternăm în mod repetat punctele de vedere teoretice cu viniete clinice, aserţiunile teoretice cu studii de caz. Doar folosind mai multe abordări, va fi posibil să se ajungă la rezultatul dorit, anume la înţelegerea coerent-teoretică şi clinic-empirică a fenomenului cu care avem de-a face.

Prezentarea următorului studiu de caz are două obiective specifice, dar care, totuşi, nu au legătură între ele. Desigur, cazul de mai jos este şi o exemplificare a principiului psihanalizei ştiinţifice, după care observaţiile clinice trebuie completate de explicaţiile teoretice (şi reciproca). Dar să revenim la cele două obiective urmărite de noi:

1. Următorul raport clinic reprezintă un exemplu al unui tip de caz în care, în mod specific, mobilizarea terapeutică a Sinelui grandios este corelată cu psihopatologia predominantă a pacientului. În situaţiile precedente materialul clinic a fost introdus pentru a ilustra una sau alta dintre caracteristicile transferului-oglindă şi felul în care psihopatologia specifică acestei caracteristici transpare în terapie. În schimb, anumite detalii clinice ale cazului următor şi descrierea psihopatologiei subsidiare au ca scop un grad sporit de înţelegere (atât longitudinal, cât şi în profunzime), ce ar trebui să furnizeze o perspectivă mai largă asupra structurii psihice globale a pacienţilor cu tulburări de personalitate narcisică. În consecinţă, în cadrul acestui studiu, cazul ar trebui considerat ca ocupând o poziţie reprezentativă pentru transferul-oglindă, tot aşa cum cazul A. (capitolul 3) a fost relevant pentru transferul idealizant.

2. În plus, dincolo de faptul că servește ca eșantion reprezentativ pentru mobilizarea terapeutică a Sinelui grandios, materialul clinic va servi și ca punct de plecare pentru o extindere a explorării teoretice (începute în capitolul 7) privitoare la anumite condiții dinamic-structurale de bază ce sunt prezente în tulburările de personalitate narcisică. Examinarea de mai devreme a implicat relația dintre (1) clivajul vertical din psihic ce apare destul de frecvent în tulburările de personalitate narcisică; și (2) un clivaj orizontal în psihic ce cred că este prezent în toate cazurile de tulburări narcisice, fie într-un mod autonom (ceea ce e mai rar), fie în combinație cu clivajul vertical (ceea ce se întâmplă de obicei). Așa cum am punctat mai devreme (în special în cazul dlui J.), prezența clivajului orizontal este deseori greu de constatat și poate fi foarte ușor de omis. Deși efectele produse de configurațiile clivajului orizontal sunt profunde, în general, ele sunt mult mai puțin evidente decât grandiozitatea expusă într-un mod evident de sectorul clivat vertical. Legat de faptul că acele configurații narcisice care sunt clivate orizontal vor fi mai greu de observat, este important să subliniem că, pe de o parte, o investigație psihanalitică atentă și sistematică va revela întotdeauna prezența clivajului orizontal în psihic, iar pe de altă parte, vom întâlni pacienți cu tulburări de personalitate narcisică unde nu pare să existe un clivaj vertical semnificativ. În aceste din urmă cazuri, configurațiile narcisice arhaice (de exemplu, un Sine grandios arhaic) sunt ascunse și nu au fost integrate în straturile mature ale personalității. Rezultatul acestei anomalii dezvoltaționale este reprezentat de o varietate de deficite ale personalității în câmpul narcisic. Unele dintre aceste deficite (cum ar fi lipsa stimei de sine) sunt cauzate de disponibilitatea insuficientă a nutrimentelor narcisice pentru configurațiile mature, apropiate de realitate, cum este, de exemplu, reprezentarea conștientă a Sinelui. Iar la acest rezultat se ajunge ca o consecință a faptului că o mare parte din libidoul narcisic a rămas concentrat asupra structurii arhaice ascunse. Alte perturbări (precum preocupările hipocondriace și înclinația către rușine, dar și apariția bruscă a unor ziduri fragile de aroganță defensivă, acompaniată câteodată cu descărcări bruște de entuziasm anxios hipomaniacal) sunt cauzate de intruziunile neregulate și necontrolate ale structurilor arhaice care nu au fost suficient de bine separate de straturile mai realiste ale psihicului.

Totuși, în majoritatea cazurilor de transfer-oglindă, grandiozitatea clivată vertical este cea care ocupă centrul scenei comportamentale. Grandoarea inconștientă clivată orizontal ajunge până la urmă să fie atrasă în procesul perlaborării doar

după ce s-a atins un grad semnificativ de progres în integrarea sectorului clivat vertical în cadrul sectorului realității. (Vezi studiul de caz J. şi diagrama 3.) Motivaţia pentru crearea şi menţinerea clivajului vertical poate fi înțeleasă ca provenind din anxietatea specifică vizavi de ameninţarea cu dezechilibrul psiho-economic specific în câmpul narcisic. Natura barierei dintre sectorul clivat vertical al psihicului şi Eul-realitate şi calea prin care îşi atinge efectul au într-adevăr nevoie de mai multe studii. Care este esenţa metapsihologică a opoziţiei pe care o manifestă Eul-realitate când este încurajat să confrunte aroganţa fățișă şi cererile narcisice evidente ale sectorului clivat? De ce anume mâna dreaptă a psihicului (Eul-realitate localizat central, cu stima sa scăzută, cu lipsa lui de inițiativă şi cu înclinaţia către ruşine şi ipohondrie) nu ştie ce face mâna stângă (sectorul grandios clivat)? Oare bariera, aşa cum sunt înclinat să cred, este înrudită cu mecanismul „dezavuării“ (disavowal), pe care l-a descris Freud (1927/2010) cu referire la condițiile asemănătoare ale fetişistului?

Oricât de importante ar fi aceste întrebări, următoarea prezentare de caz nu se va concentra pe bariera dintre sectoarele clivate vertical din psihic, ci pe bariera ce menţine clivajul orizontal. Cu alte cuvinte, vom examina nişte fenomene ce sunt în multe privinţe mai asemănătoare cu condițiile psihice descrise de Freud (1915b/2010) ca formând baza nevrozelor clasice de transfer. Iar aici apare o întrebare legată de natura clivajului orizontal în psihic în cazul tulburărilor de personalitate narcisică: Clivajul orizontal devine vizibil doar după un progres suficient vizavi de aria clivajului vertical (ca în cazul dlui J.) sau Sinele grandios patogen este prezent în cea mai mare măsură doar într-o formă inconştientă, îngropat în adâncurile personalității (ca în cazul dlui K., pe care îl vom prezenta mai departe)?

Problema specifică pe care voi încerca să o clarific priveşte două chestiuni corelate. (a) O primă întrebare este dacă structurile narcisice contribuie la refulare (deci dacă Eul ar putea să folosească alte tipuri de apărări secundare pentru a întări refularea). Şi dacă răspunsul la prima întrebare este afirmativ, ne întrebăm (b) dacă substanţa metapsihologică a manifestărilor comportamentale (pre)conştiente corelate cu configuraţia narcisică refulată (de ex., Sinele grandios, în cazul dlui K.) reprezintă un amestec dintre o structură inconştientă activată şi un conţinut mental (pre)conştient, amalgam pentru care Freud (1900/2010) a folosit termenul de „transfer“. Înțelesul termenului de „transfer“ s-a schimbat gradual de la definiția structural-dinamică a lui Freud din 1900 (din Interpretarea viselor) şi acum are o accepţiune clinică mai largă. Astfel, acest concept a mai pierdut din precizia metapsihologică de la început. Totuşi, aşa cum

am susţinut şi în altă parte (Kohut, 1959), conceptualizarea timpurie a lui Freud cu privire la transfer nu şi-a pierdut în niciun caz importanţa fundamentală şi rolul de ghid.

Păstrând în minte consideraţiile introductive precedente, ne putem întoarce acum la ilustrarea clinică. Iniţial vom cita, în mare parte, nişte materiale legate de visele domnului K., un inginer industrial în jur de patruzeci de ani, care, după o scurtă perioadă de idealizare, a format o relaţie stabilă cu analistul, una uşor narcisică. Acest transfer s-a aflat la început la graniţa dintre fuzional şi gemelar, cu puţine elaborări ale trăsăturilor de obiect. Mai târziu a crescut cererea de ecou, aprobare şi confirmare din partea analistului, adică s-a instalat un transfer-oglindă în sensul restrâns.

Aspectul materialului clinic pe care am să mă concentrez priveşte anumite reacţii ale pacientului la perspectiva separărilor de mine sau faţă de schimbările din programul şedinţelor. În aceste circumstanţe nu doar că avea tendinţa să devină în general retras, depresiv şi cu o afectivitate redusă, dar manifesta şi o schimbare frapantă în tiparul viselor sale. Visele sale obişnuite erau pline de oameni; când era pus în faţa separării de mine, visa în mod regulat maşinării complexe, reţele electrice şi deseori roţi de tors. La început nu era conştient de faptul că reacţia sa emoţională (o scădere severă a stimei de sine) avea legătură cu separările; şi interpretările la nivelul libidoului obiectual şi agresiv obiectual nu produceau niciun progres semnificativ. Roţile de tors din visele sale nu reprezentau, aşa cum am crezut la început, dorinţa sa de a mă opri din a pleca prin intervenţia sa în locomoţia mea. Ele reprezentau o regresie către tensiunile corporale şi către o preocupare intensă asupra lui. Aceste trăiri erau similare cu preocupările hipocondriace timpurii cauzate de stările narcisice tensionate produse după anumite traume semnificative din copilărie. Firele, roţile şi alte aspecte ale maşinăriilor din vis au putut fi înţelese mai târziu în analiză — uneori foarte în detaliu. Acestea se refereau la părţi din corpul lui despre care el s-a îngrijorat şi a fantasmat când s-a simţit ignorat şi abandonat în copilărie.

Putem spune că, în cazuri precum cel de faţă, o rană narcisică curentă poate fi urmată de ieşirea la suprafaţă a unor configuraţii narcisice specifice inconştiente şi autoerotice, provenite din stadiile timpurii ale Sinelui şi ale precursorilor săi fragmentaţi. Mai departe, analiza acestora duce la amintirea răspunsurilor narcisice şi autoerotice din copilărie. Observarea unor astfel de secvenţe furnizează o bază empirică pentru asumpţia că a existat în psihic o focalizare specific narcisică sau prenarcisică ce a rămas inconştientă până când a fost

suprainvestită de un flux de libido narcisic. Acest flux a fost retras (în urma unei răni narcisice) dinspre aspectele Sinelui prezent şi a fost redirecţionat către reprezentări arhaice ale Sinelui refulate.

Ilustrarea clinică de faţă demonstrează existenţa unor structuri narcisice inconştiente, mai precis a unor fantasme şi idei refulate privitoare la Sine, şi care sunt investite cu energii narcisice. Cu toate acestea, simpla existenţă a structurilor inconştiente nu produce transferul, ci constituie o precondiţie a acestuia. În plus, trebuie să constatăm că vechea reprezentare a Sinelui (în starea sa activată) îşi exercită influenţa asupra conţinuturilor gândurilor legate de realitatea prezentă. Şi, invers, vechea reprezentare a Sinelui reacţionează la factorii curenţi (anume, este reactivată ca răspuns la evenimentele curente ce acţionează ca factori psihici declanşatori). În exemplul nostru clinic, putem distinge, într-adevăr, aceste două relaţii dintre trecutul reactivat în mod terapeutic şi prezent: (1) în amestecul din vise dintre imaginea timpurie cu privire la corp şi Sine cu resturile diurne ce au luat forma unei ideaţii preconştiente privind maşinăriile şi sistemele electrice (stimulate de interesele tehnologice curente ale pacientului); şi (2) în echivalenţa dintre evenimentele ce pun în mişcare regresia din timpul tratamentului (cum ar fi şedinţele anulate) şi evenimentele care au declanşat schimbări de investire similare în copilărie (retragerea parentală).

Ne vom îndrepta mai întâi atenţia către visele despre maşinării, roţi de tors şi reţele electrice. Construcţiile metapsihologice ale viselor cu maşinării reprezintă transferul în sensul strict metapsihologic al termenului (Freud 1900/2010; vezi şi Kohut, 1959; Kohut şi Seitz, 1963). Totuşi, nu este suficient să afirmăm că un rest diurn preconştient (ideaţia curentă privind maşinăriile) devine purtătorul unui conţinut inconştient refulat (Sinele corporal arhaic), de vreme ce ni se poate spune că am demonstrat doar regresia formală a simbolismului reprezentaţional. Cu alte cuvinte, ni se poate reproşa că nu am arătat decât că pacientul a făcut faţă unui conţinut inconştient nu prin gând şi verbalizare, ci cu ajutorul unui limbaj pictural ce devine disponibil în timpul somnului, similar cu regresiile hipnagogice descrise de Silberer (1909).

Totuşi, nu încape îndoială că maşinăriile din visele pacientului reprezentau mult mai mult decât nişte simboluri corporale universale (general valabile), de vreme ce maşinăriile au constituit de-a lungul vieţii pacientului o dimensiune conştientă semnificativă a extinderii experienţei de sine. Jucăriile mecanice, săniile şi tricicletele din copilăria sa au reprezentat mijloace cruciale în depăşirea

tensiunilor narcisice arhaice, în special a celor autoerotice (îngrijorări hipocondriace cu privire la corpul său). Iar diversele sale abilităţi mecanice şi în special abilitatea lui remarcabilă de a controla mijloacele de locomoţie (de exemplu, era un pilot de planor desăvârşit) au jucat un rol decisiv în menţinerea stimei de sine în viaţa adultă. (Şi această abilitate a rămas un constituent semnificativ al imaginii sale de sine.) Luând în calcul aceşti factori, putem spune că maşinăriile din visele sale apăreau nu doar din cauza adecvării lor picturale, ci că, analog cu visele transferenţiale privind dorinţele obiectuale din nevrozele de transfer, apariţia maşinăriilor poate fi înţeleasă ca un rezultat al amestecurilor şi formaţiunilor de compromis dintre reprezentările arhaice ale Sinelui şi cele curente. După o lovitură la nivelul stimei de sine a pacientului (pierderea analistului, resimţită în mod narcisic), reprezentările de Sine (pre)conştiente deveneau dezinvestite. Iar imaginile inconştiente şi arhaice ale Sinelui din copilărie, aflate la graniţa dintre Sinele grandios şi fragmentarea autoerotică, deveneau hiperinvestite şi tindeau către exprimare, ameninţând Sinele corporal cu nişte tensiuni narcisice dureroase. Ceea ce reieşea din toate acestea era visul de compromis în care vechiul şi noul se amestecau şi stabileau un echilibru temporar.

Analiza metapsihologică anterioară demonstrează câteva similarităţi dintre anumite formaţiuni narcisice şi configuraţiile transferenţiale analoage din nevrozele de transfer. În ambele situaţii, o structură refulată devine hiperinvestită cu energii instinctuale ce au fost retrase dinspre reprezentările preconştiente şi au trecut printr-o transformare regresivă. Mai departe, structura hiperinvestită pătrunde în Eul preconştient pentru a fuziona, în amestecuri şi formaţiuni de compromis, cu conţinuturi adecvate ale acestui câmp psihic. Oare este această similitudine suficient de puternică pentru a ne permite să vorbim despre acest gen de vise ca fiind fenomene transferenţiale? La prima vedere cineva ar putea avea ezitări puternice în legătură cu acest lucru, deoarece investirea obiectual-instinctuală lipseşte, acesta fiind unul dintre elementele esenţiale ale transferului în sensul metapsihologic. Mai departe, lăsând la o parte faptul decisiv al calităţii forţelor instinctuale ce sunt activate, nu este prezent niciun obiect, aşa cum este el definit în sensul cognitiv-ideativ: nici reprezentarea Sinelui corporal din fantasmele inconştiente, nici reprezentările maşinăriilor în imagistica preconştientă nu par să aibă calităţi obiectuale.

Dacă ne întoarcem acum de la evaluarea metapsihologică a viselor la evenimentele psihice ce au declanşat regresia libidoului narcisic avem repede impresia că ne aflăm pe un tărâm familiar. Anume, că ne ocupăm cu o reacţie

transferenţială — poate nu chiar în sensul cel mai strict al termenului (metapsihologic vorbind), dar cel puţin în sensul clinic mai larg. Şi, într-adevăr, mare parte din informaţia obţinută în analiză pare să confirme această impresie iniţială. După înlăturarea unor rezistenţe de suprafaţă a devenit foarte clar că retragerile emoţionale ale pacientului au avut loc ca reacţie la anularea sau modificarea şedinţelor de către analist, ca reacţie la venirea sărbătorilor, a vacanţei sau altele asemenea. În plus, putea fi recunoscut faptul că reacţii similare se întâmplaseră şi înaintea analizei (în special în relaţia cu soţia sa — aceste reacţii au continuat să apară şi în paralel cu reacţiile faţă de analist) şi că au avut loc şi în copilărie când părinţii plecau. În sfârşit, reconstrucţia a fost permisă de diversele amintiri ce au venit ca o confirmare. Astfel, sarcina mamei şi naşterea unui frate când pacientul avea trei ani, plus retragerea concomitentă a mamei au constituit un punct major de focalizare a fixaţiilor narcisice. Aceste fixaţii narcisice au determinat o mare parte din dezvoltarea personalităţii sale, dar fără îndoială au devenit şi nucleul pentru unele dintre reacţiile sale de mai târziu faţă de analist.

Trebuie subliniat faptul că naşterea unui frate nu poate fi considerată cauza esenţială a perturbărilor din dezvoltarea narcisismului unui copil. Mai degrabă personalitatea narcisică a mamei şi a întregii relaţii patogene a copilului cu ea, precedentă şi ulterioară naşterii fratelui, este cea care dă seama pentru impactul traumatizant şi consecinţele patologice ale acestui eveniment. Am putea chiar emite ipoteza că fixaţiile narcisice ar fi apărut oricum chiar dacă nu ar fi venit pe lume un alt copil. În consecinţă, am mai putea presupune că importanţa amintirilor din jurul naşterii fratelui sunt cauzate (în analiză) de faptul că ele au devenit punctul focal al tendinţei de telescopare a trăirilor genetice analoage (timpurii sau de mai târziu). De fapt, într-un anumit sens, naşterea fratelui e posibil să fi contribuit în mod pozitiv la dezvoltarea psihicului pacientului, în special în câmpul narcisismului său. A întrerupt fuziunea cu mama sa ambivalentă şi a motivat două tentative specifice de a scăpa de impasul din dezvoltare. Unul a eşuat, din păcate, iar al doilea a avut un succes parţial. Eşecul pare să se fi produs în relaţia cu tatăl său, către care copilul s-a orientat — o mişcare destul de tipică în astfel de circumstanţe —, în căutarea unui obiect spre care să-şi îndrepte tensiunile sale narcisice. Deşi, din punct de vedere al maturizării (avea trei ani şi jumătate), ar fi trebuit să fie pregătit pentru un astfel de pas, încercarea de a se ataşa de tatăl său ca de un obiect demn de admirat (ca de o imagine a perfecţiunii masculine) a eşuat din trei motive: (1) din cauza intervenţiei subtile, dar foarte eficiente a mamei; (2) dat fiind că fusese total acaparat de relaţia încâlcită (dar intens de gratificantă) cu mama sa, el n-a fost

nepregătit pentru schimbarea ce era acum necesară; și ceea ce pare și mai important (3) tatăl devalorizat (care, de exemplu, era secretos cu privire la statutul său social, unul scăzut în comparație cu cel aristocratic al familiei materne) nu putea tolera idealizarea fiului și s-a retras din relația cu el.

Copilul a avut mai mult succes în tentativa lui de a descărca tensiunile narcisice, apelând la activități fizice. Deși se aflau mereu la limita către a fi grandioase și nerealiste (și astfel, îi puneau frecvent viața și sănătatea în pericol), ele conțineau și un minimum de posibilități de sublimare. Și totodată ofereau o scenă pe care puteau fi obținute niște gratificări realiste ale fanteziilor grandioase și ale exhibiționismului subiacent.

Oare avem suficiente justificări pentru a folosi termenul de „transfer“ pentru implicările narcisice care l-au făcut pe dl K. să parcurgă aceste transformări terapeutice? Cred că răspunsul la această întrebare nu este unul foarte clar și depinde în mare parte de preferințele teoreticianului psihanalist. În loc să urmăresc aceste chestiuni teoretice, voi lăsa deschisă întrebarea legată de terminologie. Și întorcându-mă la materialul clinic, voi enumera cei mai importanți factori privitori la rolul concret, experiențial, pe care l-a jucat analistul pentru pacient în cursul acestei analize.

1. În timpul unei faze de început a analizei, pacientul a arătat în mod evident o mare admirație pentru analist și abilitatea lui profesională. Această atitudine (un transfer idealizant) s-a instalat rapid, a durat câteva săptămâni și a fost apoi înlocuită gradual cu o legătură mai liniștită și mai puternică. Perturbarea acestei relații mai puternice a format fundalul pentru schimbările din conținutul viselor pacientului, aspecte discutate în paginile anterioare. Această legătură transferențială conținea și câteva elaborări de obiect. Totuși, puținul material ieșit la suprafață a indicat faptul că pacientul se simțea pe sine fie ca fuzionând în mod tăcut cu analistul, fie raportându-se la analist ca la un alter-ego, anume ca la cineva precum el, cu care putea să își împărtășească gândurile și trăirile. Această relație narcisică îi permitea în mod gradual să își dezvăluie nevoile narcisice intense. În special aspirațiile sale grandioase și exhibiționiste din aria dibăciei fizice. Acest material era legat în mod special de momentele în care mama sa s-a îndepărtat de el și care, până în acele momente de distanțare, îi oferise gratificări narcisice intense, necondiționate, neselective și totuși

patologice. În consecință, copilul a încercat să își canalizeze libidoul narcisic către tatăl său. Dar după ce această încercare a eșuat, pare că s-ar fi retras în relații fantasmate cu parteneri de joacă[65] (de tip alter-ego), relații care alternau cu momente de însingurare visătoare, cu tentă depresivă (în care este posibil să fi reactivat unele dintre vechile sentimente de fuziune cu mama sa). Aceste stadii ale Sinelui grandios au fost reînviate în analiză după ce a trecut faza inițială de idealizare — ele au constituit cea mai mare parte a transferului secundar gemelar-fuzional care a dominat analiza. Totuși, în timp ce analiza continua, transferul fuzional-gemelar a fost înlocuit în mod gradual cu un transfer-oglindă în sensul restrâns. Anume, pacientul a devenit mult mai conștient de cererile lui pentru aprobare, ecou și confirmare din partea analistului. Cu toate acestea, chiar și acum accentul nu era îndreptat în mod clar spre analist, ci asupra sa și a cererilor sale narcisice. Doar în ultimul an din lunga analiză a pacientului pare să se fi instalat, încă o dată, un transfer idealizant mai coeziv. Acesta a condus spre perioada finală a procesului de perlaborare cu referire la încercările lui de idealizare (legate de perioada când s-a orientat către tatăl său după ce a fost respins de mamă). Din păcate, un eveniment extern a necesitat oprirea analizei la acel moment și nu a mai fost timp pentru o evaluare serioasă a acestei ultime perioade de analiză. Totuși, au avut loc unele puseuri scurte de idealizare și în fazele de mijloc ale analizei în timpul transferului fuzional-gemelar. Aceste perioade scurte de idealizare puteau fi ușor identificate ca manifestări ale unor stadii temporare din cursul libidoului narcisic — mai ales în momentele în care pacientul era pe punctul de a restabili mobilizarea de bază a Sinelui grandios în relația fuzional-gemelară cu analistul (după ce fusese temporar întreruptă). Semnificația unei perioade timpurii și scurte de reactivare a imagoului părintelui idealizat, ca un precursor temporar al remobilizării pe termen lung a Sinelui grandios din partea principală a analizei, a fost discutată cu referire la transferul-oglindă secundar (capitolul 6). Aici sunt interesat în principal de transferul relativ stabil ce formează baza pentru procesele esențiale de perlaborare din timpul analizei. În consecință, în cele ce urmează, mă voi întoarce la această legătură de lungă durată și în special la unele dintre vicisitudinile sale din cursul tratamentului.

2. Așa cum am afirmat, relația de bază a fost una fuzional-gemelară, mai mult sau mai puțin silențioasă, cu un grad scăzut de admirație (evidentă sau indirectă) față de analist și fără elaborări ale caracteristicilor obiectuale. Analistul a fost

acceptat ca o prezenţă tăcută sau, în varianta târzie a relaţiei de oglindire, ca un ecou a ceea ce exprima pacientul. Interpretările de succes ale analistului priveau mai mult stima de sine a pacientului prezentă şi trecută, şi aspiraţiile şi ambiţiile sale trecute şi prezente. Deşi aceste interpretări câteodată ridicau rezistenţe specifice severe[66], prezenţa analistului, care era perceput fie ca fuzionat cu Sinele grandios, fie ca o replică geamănă a Sinelui grandios, era utilizată ca o funcţie de tampon. Astfel autoevaluarea pacientului a avut loc în cadrul unor oscilaţii de tensiune gestionabile (extremele constau într-un entuziasm optimist anxios, urmat de retragerea din acea suprastimulare prin autocalmarea adusă de variate tipuri de autogratificare). Oricum, per total, procesul analitic l-a condus pe pacient spre o direcţie predictibilă, către un realism mult mai mare, către extinderea capacităţii de muncă şi a celei de a-şi asuma responsabilităţi adecvate.

3. Travaliul analitic ajungea mereu la un impas de fiecare dată când perspectiva separării faţă de analist (sau situaţii asemănătoare) ameninţa funcţia homeostatică (de tampon) ce era oferită de prezenţa de tip alter-ego a analistului sau de fuziunea cu el. În timpul unor astfel de perioade, pacientul se retrăgea, se simţea superficial şi descurajat. Şi, exceptând povestirea viselor cu maşinării ce apăreau frecvent în astfel de momente, nu avea alte asocieri decât cele care se refereau la starea sa, la condiţia sa fizică şi psihică. În mod specific nu exista nicio referire la analist în astfel de momente decât puţin în perioadele de mai târziu, ca o expresie a sporirii cunoaşterii (pre)conştiente a faptului că tensiunile sale erau cauzate de separarea de analist.

4. Interpretările formulate în termeni de sentimente faţă de analist produceau un efect foarte mic şi erau în zadar, fie că se refereau la nevoia de afecţiune, fie la resentimente furioase şi distructive. Chiar şi interpretările genetice produceau un progres mic atât timp cât reconstrucţiile erau exprimate în termeni de dorinţe libidinal-obiectuale şi agresiv-obiectuale faţă de imagourile copilăriei, în mod special faţă de mama sa.

5. În schimb, progresul semnificativ a început să apară imediat ce reacţiile sale (prezente şi trecute) au fost abordate la un nivel narcisic (moment în care în visele sale roţile au încetat să se mai învârtă, apărând o contraforţă de frecare). Mai precis, am ajuns să înţelegem că, în fazele de început ale analizei, nu îl percepea pe analist ca o persoană separată, distinctă, pe care fie o iubea, fie o ura, ci ca pe o replică silenţioasă sau ca pe o extensie a propriului narcisism infantil; am înţeles deci că prezenţa analistului îl proteja de capitularea în faţa lipsei de stimă de sine şi în faţa letargiei şi a lipsei de motivaţie ce erau asociate acelei stime de sine deficitare. Analistul îi furniza această protecţie aşa cum şi partenerii de joacă de tip alter-ego (fie în totalitate imaginari, fie mai târziu, parteneri de joacă reali în jurul cărora ţesea fantasme gemelare) l-au protejat parţial şi i-au permis să menţină un minimum de stimă de sine, furnizată şi de activităţile fizice (un rol important l-a avut o tricicletă, de exemplu). Acestea au suplinit faptul că mama lui îşi retrăsese brusc implicarea (care anterior fusese excesiv de intensă şi nepotrivită fazei) legată de prezenţa lui fizică şi nu-şi mai arăta admiraţia exagerată pentru realizările lui. În principal, ca urmare a procesului în perlaborarea statutului de alter-ego al analistului, în fazele mai târzii ale analizei transferul fuzional-gemelar a fost înlocuit până la un punct cu transferul-oglindă în sensu strictiori. În consecinţă, s-a schimbat şi conţinutul interpretărilor, iar pacientul a ajuns să recunoască faptul că acum se simţea scurs de stima lui de sine şi că suferea de o letargie dureroasă specifică. Acest fapt se petrecea deoarece el resimţea următoarea absenţă a analistului (sau alte întâmplări care, deşi nu erau tocmai similare, aveau aceeaşi conotaţie emoţională pentru pacient) ca pe o retragere a investirii narcisice dinspre Sinele lui grandios ce trebuia să performeze fără întrerupere în faţa unei mame admirative. În orice caz, de fiecare dată când era privat de prezenţa analistului investirea narcisică regresa. (Amintim, analistul era când o extensie a pacientului, când un alter-ego, când o funcţie de ecou şi de oglindă aprobatoare şi admirativă.) Această regresie pleca de la nivelul transferului narcisic neperturbat şi ajungea să reîntărească investirea unui precursor ideaţional mai puţin diferenţiat al Sinelui grandios: anume, Sinele corporal arhaic, fragmentat. Totuşi, hiperinvestirea Sinelui corporal arhaic a dus la o stare de tensiune autoerotică dureroasă, pe care pacientul o trăia prin preocupări hipocondriace privind sănătatea sa fizică şi mentală. Putem afirma că a avut loc, în câmpul Sinelui grandios, o regresie de la narcisism la autoerotism, de la coeziunea Sinelui la fragmentarea sa.

Nu se poate examina în detaliu influenţa pe care personalitatea mamei a exercitat-o asupra formării fixaţiei narcisice severe a pacientului. Aşa cum am afirmat mai devreme, amintirile relevante privind naşterea fratelui pacientului

(când pacientul avea trei ani și jumătate) indică faptul că acest moment a fost unul de cotitură în relația cu mama sa. Circumstanța cauzală externă (separată de datele genetice, ce sunt corelate cu elaborările endopsihice ale copilului privind influențele externe) responsabilă pentru fixația narcisică a copilului a fost una psihosocială: mama sa narcisică părea să fie capabilă să mențină relația doar cu un copil o dată.

Retragerea emoțională a mamei poate fi des constatată în istoria infantilă a acelor pacienți ce suferă de tulburări de personalitate narcisică. Amintirile acestora la început par să indice cauza primară a perturbării ca fiind legată de nașterea unui frate sau a unei surori. Cu toate acestea, nu nașterea celuilalt copil este de vină — cei mai mulți copii chiar supraviețuiesc acestui eveniment fără fixații incapacitante în câmpul narcisic. Cauza o constituie schimbarea bruscă și totală a fuziunii materne cu copilul mai mare către o implicare asemănătoare față de noul bebeluș. Mai exact, astfel de mame par să fie capabile să simtă emoții autentice doar pentru un băiat foarte mic, preoedipian (tatăl este, de obicei, devalorizat, iar copiilor mai mari li se retrage implicarea emoțională sau sunt infantilizați în mod ambivalent de către mamă). Dar această relație, atât cât durează, este una foarte intensă. Băiatul preoedipian este intens investit cu libido narcisic de către mamă. Iar glorificarea copilului este menținută dincolo de momentul când o astfel de atitudine este potrivită fazei, nemaifiind în ton cu nevoile copilului. Totuși, imediat ce un alt copil este pe drum, mama își retrage abrupt și traumatic investirile de la copilul mai mare și le direcționează către noul bebeluș.

Mai poate fi adăugat aici faptul că evaluarea obiectivă a personalității patogene a părinților pacienților nu este în mod strict vorbind o sarcină psihanalitică, deși uneori poate fi folositoare în analiză pentru că un astfel de act de măiestrie intelectuală poate oferi un sprijin Eului pacientului. Oricum, această evaluare aparține mai degrabă de aplicațiile psihanalizei la psihologia socială, de examinarea pe baze psihanalitice a mediului[67] copilului. În fine, nu mai e cazul să repet că, în multe cazuri, perceperea narcisică prelungită a părintelui de către copil pare să apară ca răspuns la atitudinea similară a părintelui cu o fixație narcisică la copil. Spectrul perturbării parentale în acest sens se poate extinde de la o fixație narcisică blândă până la o psihoză latentă sau evidentă. Impresia mea este că un anumit tip de psihoză ascunsă la un părinte tinde să producă fixații mai mari și mai adânci în aria narcisică, dar mai ales prenarcisică (autoerotică) decât o psihoză evidentă. În situațiile din urmă (psihoza evidentă a unui părinte) copilul este de obicei mult mai distanțat față de influența deficitară a părintelui

şi, chiar dacă părintele nu este spitalizat, faptul că acest comportament al părintelui este foarte anormal îl face recognoscibil de către mediu. Astfel, copilul este sprijinit în impulsul său către dezvoltarea unor nuclee autonome ale Sinelui său corporal şi mental.

Rezultatul influenţei unui părinte cu patologie severă poate fi găsit în mărturiile pe care Niederland (1959b, 1960) şi Baumeyer (1955) le-au strâns despre tatăl lui Schreber. Părintele în cauză nu doar că a reuşit să îşi mascheze manifestările psihozei prin raţionalizare, dar a şi reuşit să atragă sprijinul mediului, prin crearea unui grup de adepţi ai ideilor sale. Din mărturiile pe care aceşti autori le prezintă, poate fi dedus nu doar faptul că personalitatea tatălui a avut o influenţă patogenă severă asupra fiului, dar şi faptul că mama era subordonată, cufundată şi interconectată cu dorinţele şi personalitatea covârşitoare ale tatălui. În consecinţă, fiului nu i-a fost permis niciun refugiu în faţa impactului patologiei tatălui. Care era patologia tatălui lui Schreber? Nu deţinem un diagnostic acceptat, dar cred că el prezenta o formă de caracter cu structură psihotică, şi nu o formă severă de psihonevroză. În cazul acesta de structură psihotică, testarea realităţii rămâne în mare parte intactă, chiar dacă este în serviciul psihozei, al unei idée fixe. Este probabil genul de psihoză vindecată, dar care lasă cicatrici, probabil similară cu cea a lui Hitler (vezi Erikson, 2015; şi, în special, Bullock, 1952), care a ieşit dintr-o fază de singurătate şi ipohondrie cu ideea fixă că evreii au invadat trupul Germaniei şi că trebuie eradicaţi. Convingerea absolută cu care tatăl lui Schreber îşi susţinea ideile sale centrale, fanatismul de necontestat cu care îşi urmărea scopurile mesianice legate de sănătate trădează, cred eu, caracterul lor profund narcisic şi prenarcisic. Şi aş mai presupune că frica de tensiunile hipocondriace este cea care stă în spatele luptei sale evidente împotriva masturbării, desfăşurată sub forma bine-cunoscutelor sale învăţături din aria culturii fizice. Aceste activităţi fanatice reprezintă expresia unui sistem psihotic ascuns, chit că aceste idei sunt prezentate publicului larg prin intermediul cărţilor sale (vezi, de exemplu, Das Buch der Erziehung an Leib und Seele, 1865 — Cartea despre educarea corpului şi sufletului) şi prind realitate în corpul fiului său. Cu alte cuvinte, fiul era perceput de către tată ca o parte (neseparată) din lumea psihotică a Sinelui său. Cred că aici se află sursa majoră a fixaţiilor prenarcisice profunde ale fiului. Să fii stimulat şi oprimat în timp ce eşti inclus în sistemul ascuns, prenarcisic şi delirant al unui adult stimulant şi opresiv nu sprijină deloc elaborarea copilului a fantasmelor sexuale libidinal-obiectuale sau a fantasmelor de răzbunare direcţionate împotriva obiectului. Ci îl predispune la o distribuire narcisică şi prenarcisică (autoerotică) a pulsiunilor sexuale şi agresive.

Speculațiile precedente privind rădăcinile acelei paranoia a lui Schreber se bazează, desigur, doar indirect pe chestionarea etiologică a tulburărilor de personalitate narcisică. În majoritatea cazurilor de tulburări narcisice, patologia parentală nu este una psihotică, ci constă dintr-o deformare caracterologică de tip narcisic. Aceasta determină atitudinea părintelui față de copil și astfel conduce la fixații narcisice. Dar am întâlnit și cazuri de tulburare de personalitate narcisică în care exista o evidență puternică a faptului că patologia parentală ținea de o psihoză ascunsă (de exemplu, mamele pacienților C. și D. par să fi avut schizofrenie latentă; mama pacientului J. dezvoltase spre bătrânețe un sistem evident delirant persecutoriu legat de posesiunile ei — un simptom semnificativ din punctul de vedere al psihopatologiei specifice a domnului J.).

Cu toate acestea, nu voi mai insista pe problema rolului factorilor psihosociali în etiologia tulburărilor de personalitate narcisică. Ci voi conchide considerațiile precedente cu un rezumat al structurii psihopatologiei — și al cursului corelat al analizei — domnului K., un caz specific de tulburare de personalitate narcisică ce servește aici ca un exemplu de reactivare terapeutică a Sinelui grandios. După eșecul încercării lui nereușite de a-și recâștiga echilibrul narcisic prin idealizarea tatălui, copilul a regresat la o reactivare a Sinelui său grandios. Anume, în esență, la o versiune patologică a poziției narcisice pe care a avut-o înainte ca mama sa să se retragă din relația cu el. Apariția concomitentă a proceselor de fixație la cererile nemodificate ale unui stadiu timpuriu ale Sinelui grandios și la un exhibiționism arhaic al unui Sine corporal vechi, plus refularea unei părți din aceste structuri (o altă parte a fost sublimată în interesele atletice ale pacientului) au creat nucleul patogen permanent al organizării sale psihice. În timpul instalării transferului său narcisic în analiză, fluxul a fost inversat. A început cu un transfer idealizant pasager (reînviind încercarea de a-și idealiza tatăl), a fost urmat imediat de o activare secundară pe termen lung a Sinelui grandios, anume, de transferul narcisic matern, la început sub forma fuzional-gemelară. În sfârșit, transferul fuzional-gemelar a fost înlocuit de transferul-oglindă în sensul restrâns. Acesta s-a manifestat prin cereri intense de admirație și dorința de a se expune (cu dibăcia sa) în fața analistului, elemente ce reactivau anumite aspecte proeminente din fuziunea timpurie cu mama sa. Transferul idealizant s-a reinstalat către sfârșitul analizei (o remobilizare a transferului narcisic patern pivotal), după ce s-a finalizat procesul perlaborării privitor la transferul-oglindă secundar.

Structurile psihice patogene esențiale din psihopatologia acestui pacient au fost deci unele narcisice. Iar unele din mișcările dinamice cruciale din timpul analizei

(manifestate, de exemplu, în visele cu maşinării) reprezentau schimbări psihice nu de la iubirea de obiect către narcisism, ci de la poziţia narcisică (transfer fuzional) la o altă poziție (la limita dintre un stadiu arhaic al narcisismului şi cel autoerotic, al Sinelui corporal fragmentat). Reactivarea Sinelui grandios al acestui pacient în transferul-oglindă trebuie deci înțeleasă nu ca o reînviere a punctului de fixaţie pe drumul către iubirea de obiect completă, ci ca o remobilizare a punctului de fixaţie pe drumul dezvoltării unei forme majore de narcisism (să spunem că au existat alte sectoare din personalitatea pacientului unde s-au obținut o profunzime şi o extindere considerabile a investirilor de obiect). Relaţia patologică cu mama sa, pierderea bruscă a interesului pentru el şi eşecul încercării lui de a-l idealiza pe tatăl său nu au avut un impact major în dezvoltarea iubirii obiectuale, au împiedicat mai curând achiziţia ambiţiilor mature şi a obiectivelor Eului. Tocmai acest fapt ne demonstrează de ce psihopatologia majoră externă a pacientului afecta capacitatea sa de a se devota în mod consistent muncii sale şi a se dedica unor obiective pe termen lung. Deci perturbarea nu viza aria capacității sale de a iubi şi nici relaţiile sale interpersonale. În loc să transforme Sinele grandios în ambiții şi scopuri realiste şi în loc să utilizeze investirea instinctuală pentru un sentiment sănătos al stimei de sine, Sinele grandios a rămas nemodificat. Iar o mare parte din libidoul narcisic continua să investească nu numai această structură, dar uneori chiar şi Sinele corporal autoerotic şi fragmentat. Rezultatul era reprezentat de o viaţă din care erau excluse munca cu sens şi realizările din sfera realităţii adulte. Totuşi, el putea găsi uşurare atât din tensiunile corporale autoerotice, cât şi din fantasmele grandioase periculoase, prin participarea — cu mare succes — la diverse activităţi atletice şi sportive, în mod special la cele care implicau viteza. Precaritatea unui astfel de aranjament a dus la implicări permanente în conflicte sociale şi nu putea preveni apariţia stărilor depresive şi de epuizare internă.

Pacientul C. menţionat în alt context (vezi capitolul 7) îşi amintea dintr-o perioadă similară a copilăriei sale că avusese fantasme în care noul copil (în imaginaţia sa anticipativă: un geamăn) va fi partenerul lui de joacă şi va îndeplini astfel un rol în restabilirea echilibrului său narcisic care fusese sever perturbat de sarcina precedentă a mamei narcisice şi fuzionale care acum se îndepărtase de el.

Vezi în capitolul 7 discuţia despre rezistenţele întâlnite în procesul de perlaborare a acestor cazuri.

Dacă tot îmi exprim aici o preferinţă în a considera factorii obiectiv verificabili din mediul copilului ca fiind în afara domeniului psihanalizei în sensul cel mai strict al termenului, trebuie să explicitez că această preferinţă nu este arbitrară, ci este bazată, după opinia mea, pe utila distincţie dintre (a) punctul de vedere genetic, una din abordările esenţiale ale metapsihologiei psihanalitice (vezi Hartmann si Kris, 1945) şi (b) investigaţiile etiologice (ce sunt efectuate prin instrumente tehnice şi conceptuale ce aparţin unor discipline vecine, precum biologia, genetica, sociologia şi psihologia socială). Abordarea genetică în psihanaliză are legătură cu investigarea acelor experienţe psihice subiective ale copilului ce conduc către o schimbare cronică în distribuirea şi dezvoltarea viitoare a structurilor şi forţelor endopsihice. Abordarea etiologică, pe de altă parte, are legătură cu investigarea acelor factori verificabili care, în interacţiune cu psihicul copilului aşa cum este constituit la un moment dat, pot sau nu să provoace trăiri decisive din punct de vedere genetic.

Capitolul 10. Câteva reacţii ale analistului faţă de transferul idealizant

Aşa cum este probabil de aşteptat, reacţiile majore ale analistului (incluzând şi contratransferurile sale) în cadrul analizei tulburărilor narcisice îşi au rădăcina în propriul narcisism al analistului, în special în aria propriilor tulburări narcisice nerezolvate. În esenţă, acest fenomen nu diferă de cele ce apar la analizand. Şi ele vor fi luate în considerare aici atât timp cât sunt mobilizate în analist ca răspuns la constelaţiile transferenţiale circumscrise pacientului narcisic. Examinarea diverselor reacţii manifestate de analist, când este confruntat în mod predominant de mobilizarea imagoului părintelui idealizat din transferul idealizant al pacientului, va fi în consecinţă separată de examinarea reacţiilor apărute în cazul mobilizării Sinelui grandios în transferul-oglindă (vezi capitolul 11).

Voi introduce discuţia legată de reacţiile analistului la transferul idealizant al pacientului printr-un exemplu concret.

Acum ceva timp am fost abordat de un coleg de-ai mei în legătură cu un impas prelungit din analiza unei femei tinere (dna L.) ce părea să fi fost prezent de la începutul tratamentului şi care a persistat în cei doi ani de travaliu analitic. În ciuda faptului că mi-a făcut un rezumat informativ al istoricului şi al analizei pacientei, la început nu am reuşit să determin cauza impasului. Pacienta era o femeie retrasă din punct de vedere emoţional, apatică şi promiscuă. Indica o perturbare severă privind capacitatea ei de a stabili relaţii de obiect semnificative şi prezenta un istoric sever legat de traumele din copilărie. În consecinţă, la început am avut tendinţa să fiu de acord cu analistul. Anume, că fixaţiile narcisice extinse preveneau instalarea unui minimum de transfer, fără de care analiza nu putea continua. Totuşi, faptul că existau dovezi de căldură faţă de analist şi de interes pentru tratament venea în contradicţie cu perspectiva pesimistă. Cu toate acestea, impasul pare să fi fost prezent încă de la începutul terapiei. Aşa că i-am cerut analistului să îmi detalieze orele de la începutul analizei, acordând o mai mare atenţie posibilelor acţiuni din partea lui pe care pacienta le-ar fi putut resimţi ca pe o respingere.

Printre manifestările transferențiale de început ale acestei paciente catolice se numărau câteva vise ce conțineau figura unui preot motivant și ideal. În timp ce aceste vise de început au rămas neinterpretate, analistul și-a amintit — evident, cu ceva rezistență — că ulterior i-a menționat pacientei că nu este catolic. Aparent el nu i-a oferit această informație ca răspuns la visele ei. El și-a justificat mișcarea prin presupusa ei nevoie de fi pusă la curent cu un minimum al situației lui actuale. Deoarece, în viziunea analistului, legătura ei cu realitatea era destul de fragilă. Acest fapt trebuie să fi fost foarte semnificativ pentru pacientă. Pacienta reactivase, ca prim pas de tentativă transferențială, o atitudine de devoțiune religioasă și idealizantă de la începutul adolescenței. Am înțeles acest lucru mai târziu împreună cu analistul. La rândul ei, această atitudine pare să fi fost o resuscitare a unei vagi venerații și admirații pe care le-a trăit în copilăria timpurie. Materialul apărut mai târziu în analiza acestei paciente a condus la concluzia că aceste idealizări timpurii au reprezentat o încercare de a scăpa de amenințarea unor tensiuni și fantasme bizare. Acestea au fost cauzate de stimulări și frustrări traumatice venite din partea părinților ei sever perturbați. Remarca analistului, că nu era catolic — deci nu era precum preotul din visele ei, adică nu era o versiune a ei idealizată, bună și sănătoasă — a fost receptată (în mod eronat) drept un semn de respingere. Acest fapt a dus la impasul analitic pe care analistul a putut mai târziu să îl depășească cu ajutorul consultațiilor privitoare la această pacientă și la reacțiile lui față de ea.

Nu mă voi concentra nici pe semnificația specifică a transferului incipient (idealizant), nici pe efectul specific al greșelii analistului asupra cursului analizei — în acest caz, e posibil ca eroarea să fi fost parțial provocată de pacientă. Sunt interesat mai degrabă de elucidarea unui simptom contratransferențial. O singură observație nu ar permite o concluzie validă. Dar o combinație de factori (printre aceștia, faptul că am observat incidente similare; unul a apărut în cazul unui analist pe care îl supervizam și a fost aproape identic) îmi permite să ofer următoarea explicație ce deține un grad înalt de convingere. Respingerea analitică nepotrivită a atitudinilor idealizante ale pacientului este de obicei motivată de respingerea defensivă a unor tensiuni narcisice dureroase (resimțite ca: sentiment de ridicol, jenă sau rușine, ducând chiar și spre preocupări hipocondriace) ce sunt generate în analist atunci când fantasmele refulate ale Sinelui grandios devin stimulate de idealizarea pacientului.

Sentimentul inconfortabil al analistului privind idealizarea din partea pacientului poate apărea în special când idealizarea are loc la început și într-un mod rapid. Anume, când analistul este luat prin surprindere și nu are timp să se pregătească

din punct de vedere emoţional pentru a reacţiona la investirea bruscă, la acel asalt de libido narcisic-idealizant din partea pacientului. Desigur că atunci când eşti expus unei adulaţii intense şi evidente, apariţia unui disconfort este normală (proverbial: „Lauda peste cuviinţă seamănă a batjocură“). Şi, în consecinţă, chiar şi analiştii a căror personalitate nu este caracterizată de o vulnerabilitate narcisică excesivă tot vor trebui să reziste tentaţiei de a respinge admiraţia pacienţilor lor. Dacă nu există vulnerabilităţi neobişnuite în acest sens, aceste reacţii vor fi controlate şi vor fi înlocuite cu atitudini şi răspunsuri ce sunt mult mai adecvate cu susţinerea desfăşurării transferului idealizant (şi a dezvăluirii rezistenţelor interne ale pacientului împotriva transferului). Totuşi, eficacitatea analistului privind anumite tipuri de tulburări de personalitate narcisică va fi afectată dacă analistul nu este suficient de conştient în legătură cu intoleranţa sa la tensiunile narcisice. Şi mai ales dacă (prin identificări şi imitaţii sau din proprie iniţiativă) şi-a format o atitudine contratransferenţială stabilă legată fie de convingeri teoretice, fie de apărări caracteriale specifice, fie de amândouă (cum este cazul de cele mai multe ori).

Contează mai puţin dacă respingerea idealizării pacientului de către analist este directă, ceea ce este mai rar; sau subtilă (ca în cazul prezentat), ceea ce are loc mai des; sau, aşa cum se întâmplă cel mai frecvent, respingerea are loc aproape mascat, anume prin interpretări genetice şi dinamice corecte, dar oferite prematur (cum ar fi direcţionarea atenţiei pacientului către figuri idealizate din trecutul său sau prin a evidenţia impulsuri ostile şi gânduri disprețuitoare ce s-ar presupune că se află în spatele celor idealizante). Respingerea se poate manifesta chiar şi printr-o atitudine uşor supra-obiectivă a analistului sau printr-o răceală din vocea analistului. Sau respingerea poate să se arate în tendinţa analistului de a glumi pe seama pacientului admirativ sau de a trivializa idealizarea narcisică într-o manieră umoristică şi blândă. (În acest context, vezi Kubie, 1971.)

Poate fi adăugat aici faptul că vulnerabilitatea lor narcisică este cea care motivează mulţi oameni să utilizeze glumele ironice ca apărări caracterologice specifice. Altfel spus, ei sunt în mod continuu impulsionaţi să facă faţă tensiunilor lor narcisice (inclusiv presiunii furiei narcisice) prin glume depreciative şi autodepreciative. (Pentru diferenţierea, în cadrul metapsihologiei narcisismului, a glumelor ironice şi a sarcasmului, pe de o parte, de autenticul simţ al umorului, pe de altă parte, vezi Kohut, 1966a.)

Dar există şi alte moduri prin care analistul poate să respingă idealizarea evidentă a pacientului atunci când se simte copleşit de propriile lui tensiuni

narcisice (prin aceste respingeri, el ajunge să treacă cu vederea apărările prin care pacientul maschează reactivarea imagoului părintelui idealizat). De exemplu, poate fi dăunător să subliniem atributele bune ale pacientului în momentul în care el încearcă expansiunea idealizantă a poziţiilor impregnate narcisic şi când se simte smerit şi insignifiant în comparaţie cu terapeutul — oricât de tentant ar fi pentru analist să îşi exprime consideraţia pentru pacientul său. Pe scurt, în acele faze din analiza tulburărilor de caracter narcisic, când un transfer idealizant începe să germineze, există o singură atitudine analitică corectă: acceptarea admiraţiei.

Oare putem cataloga drept „contratransfer“ aceste eşecuri ale analistului vizavi de manifestarea unui transfer idealizant (eşecuri cauzate de constelaţiile endopsihice din aparatul psihic al analistului)? Această întrebare ne conduce la un set de probleme complexe, dar cu care ne-am obişnuit deja. Iar această întrebare poate fi pusă şi în cadrul fenomenului analog ce are loc în analiza remobilizării Sinelui grandios din transferul-oglindă. Astfel, nu mă voi mai referi la acele aspecte ale problemei ce ţin de înţelesul termenului de „transfer“. Ştim deja, putem asuma termenul de „transfer“ ca referindu-se la un fenomen clinic ce este înţeles în dimensiunile sale dinamice şi genetice sau, pe de altă parte, putem insista pe definiţia metapsihologică mai riguroasă din punct de vedere topografic-structural şi psihoeconomic (v. capitolele 8 şi 9). Aici mă voi rezuma să văd dacă reacţiile analistului sunt în principal motivate de stresul curent sau dacă răspunsurile sale eşuate sunt cauzate de vulnerabilităţi specifice pe termen lung, ce sunt legate de mobilizarea periculoasă a unor constelaţii inconştiente specifice şi refulate. Deoarece sunt sigur că fiecare dintre cei doi factori cauzali menţionaţi mai sus pot fi responsabili, răspunsul la această întrebare nu poate fi formulat în termeni generali, ci trebuie derivat din investigaţii analitice ale unor situaţii individuale.

Materialul obţinut din analizele colegilor în timp ce erau implicaţi în tratamentul psihanalitic al personalităţilor narcisice, cât şi din experienţele similare avute în propriile analize m-a convins că aceste reacţii eşuate pot avea legătură cu orice punct dintr-un spectru mai larg. Anume: de la (a) răspunsuri defensive simple într-o situaţie de moment stresantă la (b) răspunsuri ce fac parte din atitudini de tip contratransferenţial. În primul caz, explicaţia supervizorului sau autoinvestigarea rapidă a analistului vor remedia relativ uşor situaţia. Iar acest fapt se petrece dacă semnificaţia transferului idealizant este înţeleasă de către analist şi dacă acesta e dispus să permită desfăşurarea spontană a situaţiei analitice. Interferenţele scurte cu funcţionarea optimă a analistului vin în astfel

de situaţii din faptul că, aşa cum am afirmat mai înainte, un grad de vulnerabilitate narcisică este atotprezent. Iar preamărirea şi glorificarea evidente (şi în special tensiunile anticipatorii, când se aşteaptă o stimulare narcisică) tind să îi facă şi pe cei mai civilizaţi oameni să se simtă inconfortabil şi defensivi. Pe de altă parte, rezistenţele profund înrădăcinate care împiedică desfăşurarea unei atitudini idealizante coezive pot fi recunoscute nu doar prin faptul că simplele explicaţii nu sunt suficiente pentru schimbarea atitudinii defectuoase a analistului, ci şi prin specificitatea şi rigiditatea caracteristice din răspunsurile analistului. De exemplu, el poate fi sigur de faptul că în spatele dorinţei pacientului de a admira analistul se ascunde întotdeauna ostilitate. El este sigur că menţinerea unui raport prietenos cu pacientul necesită ca analistul să răspundă cu un realism modest etc. De vreme ce una dintre aceste două asumpţii poate fi într-adevăr corectă dacă analistul nu are de-a face cu un transfer idealizant, eroarea sa nu poate fi demonstrată decât făcând referire la faptul că a fost comisă pe baza unei tociri a receptivităţii şi sensibilităţii sale empatice obişnuite. Aceste stări devin mult mai evidente când analistul nu reuşeşte să capteze momentele în care pacientul îi transmite analistului că l-a înţeles greşit. În mod clar, trebuie să existe nişte factori perturbatori (inconştienţi) în momentul în care un analist experimentat face confuzie între lauda exagerată a pacientului, ce este acompaniată de o ostilitate inconştientă, şi ramificaţiile germinative timide ale idealizării. Ramificaţii pe care analizandul poate să le extindă (de exemplu în vise) în timp ce transferul idealizant începe să se instaleze. Tot aşa se explică şi accentuarea automată a realismului analistului vizavi de idealizarea pacientului de la începutul analizei. Această reacţie este la fel de nejustificabilă ca în cazul în care analistul ar protesta susţinând că el nu este părintele pacientului, ca răspuns la primele semne ale dorinţelor oedipiene ale acestuia.

Într-o scrisoare către Binswanger (20 februarie, 1913), Freud s-a exprimat în felul următor referitor la problema contratransferului, pe care el o considera „una dintre cele mai dificile probleme tehnice din psihanaliză“. „Ceea ce este dezvăluit pacientului“, spunea Freud, trebuie să fie „drămuit cu grijă, dezvăluindu-se apoi mai mult sau mai puţin după caz, în funcţie de nevoie. Ocazional foarte mult…“. Şi mai târziu Freud stabileşte maxima crucială: „A oferi cuiva prea puţin pentru că îl iubeşti prea mult este injust pentru pacient şi constituie o eroare tehnică“ (Binswanger, 1956, p. 50).

Consideraţiile actuale constituie analogul (în câmpul analitic al tulburărilor de personalitate narcisică) afirmaţiei precedente a lui Freud despre contratransferul din analiza nevrozelor de transfer. Dacă, în analiza nevrozelor de transfer,

remobilizarea cererilor incestuoase obiectual-libidinale provoacă un răspuns inconştient intens în analist, pe care analistul nu îl înţelege, el poate deveni rece şi foarte tehnic vizavi de dorinţele pacientului. Sau poate să le respingă sau nici măcar să nu le recunoască. În orice caz, Eul său nu va avea libertatea de a alege răspunsul care să vină în armonie cu necesitatea analizei şi nu va fi capabil, aşa cum a arătat şi Freud, să dezvăluie pacientului „mai mult sau mai puţin după caz, în funcţie de nevoie“. O situaţie paralelă poate să apară în analiza tulburărilor de personalitate narcisică când remobilizarea imagoului părintelui idealizat îl îndeamnă pe analizand să îl vadă pe analist ca pe întruchiparea perfecţiunii idealizate. Dacă analistul nu a făcut pace cu propriul Sine grandios, s-ar putea să răspundă idealizării cu o stimulare intensă a fantasmelor sale grandioase inconştiente. Aceste presiuni vor determina mai departe o intensificare a apărărilor. Şi, mai departe, elaborarea şi întărirea apărărilor vor duce la respingerea transferului idealizant al pacientului. Dacă atitudinea defensivă a analistului devine cronică, stabilirea unui transfer idealizant cu care să se lucreze este perturbată. Iar procesul gradual de perlaborare şi, concomitent, internalizările transmutative din aria imagoului părintelui idealizat vor fi, şi ele, împiedicate. Reducerea libertăţii, în cazul analistului, a „Eului care desfăşoară travaliul“ (Fliess, 1942) este cauzată de intoleranţa sa pentru un anumit tip de cerere narcisică din partea pacientului. Parafrazându-l pe Freud, el nu a fost capabil să îşi permită să fie idealizat „mai mult sau mai puţin după caz, în funcţie de nevoie“.

Disoluţia analitică treptată a transferului idealizant, ce are loc în timpul perioadelor extinse ale proceselor de perlaborare, de obicei mai târziu în analiză, îl expune pe analist la un alt test afectiv din această arie. În faza iniţială, aşa cum am descris mai sus, analistul se poate simţi presat de stimularea fantasmelor sale narcisice; în stadiul final, analistului poate să îi displacă faptul că este minimalizat de aceiaşi pacienţi care mai devreme l-au idealizat.

Identificarea exagerată a tot soiul de erori sau minimalizările venite din partea pacientului pot apărea în mod obişnuit ca apărări împotriva instalării unui transfer idealizant la începutul unor analize. Analistul perceptiv nu va avea probleme în a recunoaşte admiraţia deghizată în spatele atitudinilor critice. Desigur, aceste apărări necesită o abordare tehnică diferită. Şi mai departe, ele produc reacţii diferite în analist faţă de cele pricinuite de atacurile asupra lui ce preced şi acompaniază retragerea libidoului idealizant. Cunoaşterea faptului că are de-a face cu apărarea pacientului împotriva instalării unui transfer idealizant va proteja în general analistul de dezvoltarea unor reacţii nepotrivite care pot

afecta situaţia analitică.

Totuşi, criticile pacientului la adresa analistului, ce apar în timpul perioadelor de perlaborare din stadiile finale ale analizei, pot într-adevăr să aducă o presiune emoţională asupra analistului. Şi aceasta deoarece, în contextul dezamăgirii furioase din timpul travaliului asupra testării realităţii (ce precede valurile de retragere a libidoului idealizant dinspre analist), majoritatea pacienţilor sunt capabili să se lege de unele neajunsuri emoţionale, fizice şi sociale ce chiar sunt ale analistului. Cu toate acestea, dificultăţile serioase din această arie (anume reacţiile analistului ce periclitează succesul analizei) nu sunt frecvente, din experienţa mea. Există câteva motive pentru relativa inofensivitate a reacţiilor ce apar când analistul se află sub atac în timp ce pacientul îşi perlaborează idealizările. Dacă vulnerabilitatea narcisică a analistului este mare (şi mai ales dacă abilităţile şi experienţa sa în tratamentul analitic al tulburărilor narcisice sunt insuficiente), sunt şanse mari ca pacienţii săi să nu ajungă la stadiul în care transferul idealizant va fi perlaborat sistematic. Şi astfel nici nu se va ajunge la o fază în care libidoul narcisic este retras treptat dinspre analist. Dacă, totuşi, se stabileşte un proces de perlaborare sistematic în această arie, se pot combina doi factori ce duc la diminuarea efectului dăunător cauzat de reacţiile necorespunzătoare ale analistului: (a) o temperanţă a pacientului care nu se mai grăbeşte să răspundă erorilor analitice cu o retragere narcisică şi prenarcisică; şi (b) o capacitate mai mare a analistului de a îşi recăpăta echilibrul după ce a pus în act sentimente de furie ori răceală emoţională sau a oferit nişte interpretări nepotrivite. Mai departe, retragerea investirilor narcisice ale pacientului nu se mai produce la fel de rapid ca în cazul instalării iniţiale a idealizării temporare. Iar evidenţierea greşelilor este amestecată de obicei cu oscilaţii spontane spre o atitudine de idealizare. Astfel analistul îşi dă seama de aceste alternări între admiraţie şi dispreţ şi este capabil să observe cu obiectivitate optimă criticile care i se aduc, deoarece le poate înţelege în contextul nevoilor analizandului din procesul analitic. Analistul va sesiza repede jocul dintre atacurile pacientului la adresa lui (şi slăbirea investirilor narcisice) şi întărirea graduală a structurilor narcisice internalizate (de exemplu, idealurile pacientului). Bucuria legată de progres în cazul unei sarcini terapeutice dificile şi plăcerea intelectuală produsă de înţelegerea modului în care este atins acest progres reprezintă recompensele emoţionale ce sprijină analistul când procesul analitic se dovedeşte a fi deosebit de stresant pentru el.

Capitolul 11. Câteva reacţii ale analistului în transferul-oglindă

Aşa cum se întâmplă şi în cazul experienţelor şi comportamentului analistului în timpul remobilizării imagoului părintelui idealizat, la fel este şi cazul pentru răspunsurile sale emoţionale vizavi de cererile datorate mobilizării terapeutice a Sinelui grandios al pacientului: aceste reacţii nu sunt determinate doar de nivelul experienţei profesionale a analistului privitor la analiza tulburărilor de personalitate, dar şi de propria personalitate şi de starea sa mentală curentă. Ceea ce adesea poate fi decisiv. Totuşi, în plus, nu trebuie să ignorăm faptul că mobilizarea terapeutică a Sinelui grandios apare în forme diferite, iar condiţiile transferenţiale corespondente prezintă tablouri clinice diferite ce îl expun pe analist la sarcini emoţionale diferite.

Astfel, în transferul-oglindă în sensul restrâns, analistul reprezintă o ţintă foarte bine delimitată a cererilor pacientului. Pacientul îi cere analistului să reflecte, să fie ecou, să aprobe şi să admire exhibiţionismul şi măreţia acestuia. Totuşi, când remobilizarea terapeutică a Sinelui grandios al pacientului îl face pe acesta să îl perceapă pe analist ca pe un alter-ego (ca pe un geamăn) sau, chiar mai mult, când Sinele grandios extins al pacientului începe să resimtă reprezentarea analistului ca o parte din el (fuziune), atunci cererile emoţionale adresate analistului au o natură diferită. În transferul-oglindă în sensul restrâns, pacientul recunoaşte până la un punct prezenţa distinctă a analistului: este conştient de analist atât timp cât cel din urmă îşi îndeplineşte funcţiile sale privitoare la nevoile narcisice ale pacientului. Pacientul insistă ca activităţile analistului să fie concentrate doar pe aceste nevoi, iar el va răspunde cu diverse emoţii la fluxul şi refluxul empatiei analistului legate de cererile sale. În variantele gemelare (alter-ego) şi fuzionale ale remobilizării Sinelui grandios, percepţia asupra analistului ca individ autonom este ştearsă din asocierile pacientului. Astfel, analistul este privat de acel minimum de gratificare narcisică ce încă îi este oferită în transferul-oglindă, unde exista recunoaşterea de către pacient a existenţei sale separate.[68]

Totuşi, chiar şi cererile pacientului din transferul-oglindă în sensul restrâns

impun câteva presiuni emoţionale asupra analistului. Acestea pot duce mai departe la reacţii care vor interfera cu dezvoltarea şi menţinerea transferului şi a procesului perlaborării. Pentru perioade îndelungate, în timp ce analizandul începe să remobilizeze nevoi narcisice vechi, deseori luptându-se cu rezistenţe interne puternice, şi în timp ce începe să îşi desfăşoare exhibiţionismul şi grandiozitatea în timpul tratamentului, pacientul îi atribuie analistului rolul de a fi ecou şi oglindă pentru narcisismul său infantil abia dezvăluit. Dincolo de acceptarea cu tact a grandiozităţii exhibiţioniste a pacientului, contribuţiile analistului la instalarea şi desfăşurarea transferului-oglindă pot fi reduse la două seturi de intervenţii utilizate cu atenţie: analistul interpretează rezistenţele pacientului legate de relevarea grandiozităţii şi exhibiţionismului; şi, apoi, demonstrează pacientului nu doar că grandiozitatea şi exhibiţionismul lui au jucat odată un rol potrivit fazei, dar şi că acum trebuie să li se permită accesul în conştient. Totuşi, pentru perioade lungi din analiză, aproape întotdeauna este dăunător ca analistul să sublinieze iraţionalitatea fantasmelor grandioase ale pacientului sau să accentueze faptul că, din punct de vedere realist, este necesar să îşi reducă cererile exhibiţioniste. Integrarea realistă a grandiozităţii şi exhibiţionismului infantile ale pacientului se va produce de fapt discret şi spontan (deşi foarte încet) dacă pacientul va fi capabil (cu ajutorul înţelegerii empatice a analistului) să menţină mobilizarea Sinelui grandios şi să îşi expună Eul la cererile sale (vezi discuţia din cap. 7 legată de procesul de perlaborare din transferul-oglindă).

Totuşi, propriile nevoi narcisice ale analistului pot pune în dificultate capacitatea lui de a tolera o situaţie în care este redus la un rol aparent pasiv, acela de a fi o oglindă pentru narcisismul infantil al pacientului. Astfel, el poate în mod subtil sau direct să interfereze cu instalarea sau menţinerea transferului-oglindă prin gafe mari, prin acte ratate sau prin acţiuni simptomatice.

Majoritatea consideraţiilor privitoare la reacţiile şi contratransferul analistului prezentate mai devreme în legătură cu transferul idealizant se aplică şi cu privire la transferul-oglindă. Şi multe din rezultatele reflecţiilor anterioare pot fi aplicate cu uşurinţă şi la situaţia prezentă. În mod particular, vom reaminti sugestia lui Freud că analistul, conştient de nevoile pacientului şi de propriile reacţii, trebuie să fie capabil să controleze cât de mult îi oferă pacientului chiar „foarte mult ocazional“.[69] Pe drumul către integrarea grandiozităţii şi a exhibiţionismului infantile ale pacientului, este necesar mai întâi ca analistul să arate pentru o perioadă îndelungată înţelegerea lui empatică faţă de cererile pacientului de a fi un reflector pentru încercările sale precaute de a remobiliza forme timpurii de

iubire de sine. În plus, analistul trebuie să fie ca o oglindă amplificatoare pentru aceste nevoi, prin intermediul interpretărilor sale necritice legate de manifestările narcisismului infantil remobilizat. Manifestări la care, în mod frecvent, doar se face aluzie, în mod subtil. Analistul va putea menține această atitudine doar dacă poate tolera, fără resentimente, faptul că pacientul, în esență, îl vede ca ocupând o poziție destul de umilă și îi cere îndeplinirea unui set destul de modest de funcții.

Problemele analistului (și potențialele sale interferențe cu remobilizarea Sinelui grandios) sunt diferite atunci când este implicat în diversele tipuri de remobilizare terapeutică gemelară (alter-ego) și fuzională a Sinelui grandios. Expus la transferul-oglindă, analistul poate să nu fie în stare să înțeleagă nevoile narcisice ale pacientului, ajungând să răspundă la ele prin interpretări inadecvate. Cele mai frecvente pericole la care este expus analistul vizavi de transferul gemelar și fuzional sunt plictiseala, lipsa implicării emoționale față de pacient, menținerea precară a atenției (inclusiv reacții secundare precum: furie fățișă, îndemnuri și interpretări forțate ale rezistențelor, cât și alte forme de acting out raționalizat al tensiunilor și nerăbdării).

Un set de factori cauzali relativ simplu este responsabil pentru multe dintre situațiile în care analistul are tendința să se plictisească sau să își retragă atenția de la pacienți în timpul variatelor forme de transfer de tip alter-ego (gemelar) sau fuzional. O scurtă privire legată de metapsihologia atenției ne va direcționa către înțelegerea tendinței specifice a analistului de a deveni neatent când este confruntat cu transferul fuzional sau gemelar.

O alertă și o concentrare adevărate în timpul unor perioade lungi de observație pot fi menținute doar când psihicul observatorului este implicat în profunzime. Manifestările dorințelor orientate către obiect tind să evoce răspunsuri emoționale în cei vizați. Astfel, chiar dacă analistul este confuz privitor la semnificația specifică a comunicărilor pacientului, observarea manifestărilor transferențiale (instinctual-obiectuale) de obicei nu este plictisitoare pentru el.

Desigur, situația este diferită în cazul plictiselii defensive a analistului. Deși în aceste situații analistul înțelege prea bine semnificația transferențială a comunicărilor pacientului, el nu vrea să o înțeleagă. De exemplu, analistul poate să fie stimulat inconștient de niște cerințe libidinale transferențiale și în consecință să se apere printr-o atitudine de dezinteres, privitor la încercarea pacientului de a-l seduce. În toate aceste cazuri nu avem de-a face cu plictiseală

autentică, ci cu refuzul unei implicări emoţionale (incluzând al unei atenţii preconştiente) ce este prezent în mod curent sub stratul de suprafaţă al personalităţii analistului.

În situaţiile de plictiseală defensivă straturile mai profunde din aparatul psihic al analistului sunt astfel ţinute la distanţă prin activitatea defensivă a stratului de suprafaţă. Totuşi, în timpul perioadelor de atenţie liber flotantă, anume când atitudinea observaţională de bază a analistului nu este perturbată, straturile profunde din psihicul analistului sunt deschise la stimuli ce sunt provocaţi de comunicările pacientului. În timp ce activităţile din straturile mai înalte de cogniţie sunt în mare parte şi temporar suspendate — dar în mod selectiv! Dacă acele conflicte nerezolvate ale analistului privind propriile lui răspunsuri inconştiente libidinale şi agresive nu interferează cu receptivitatea lui la mesajele transferenţiale (obiectual-instinctuale) ale pacientului, atunci analistul va fi capabil să rămână un ascultător atent pentru perioade lungi de timp. Şi astfel nu va ajunge nici la o atitudine dezinteresată de retragere emoţională, nici la formulări premature ale unor concluzii (pre)conştiente.

Cu toate acestea, comportamentul verbal şi non-verbal al analizanzilor ce suferă de tulburări de personalitate narcisică nu angajează receptivitatea inconştientă a analistului în acelaşi fel ca materialul asociativ al nevrozelor de transfer (unde avem dorinţe instinctuale direcţionate către obiect). Este adevărat că transferul idealizant poate să îl cuprindă pe analist ca un obiect tranziţional de rang mai înalt şi astfel, cum am descris mai devreme, narcisismul analistului este fie stimulat, fie dezamăgit, iar atenţia lui devine în consecinţă mai uşor de implicat.

Acelaşi lucru este adevărat şi pentru transferul-oglindă în sensul restrâns, deşi din motive oarecum diferite. În ciuda faptului că analistul are importanţă pentru pacient doar ca oglindă şi ecou al Sinelui său grandios, el este totuşi solicitat, pacientul se apără de el sau se retrage din faţa analistului în contextul activării cererilor narcisice ale pacientului. Astfel sunt stimulate în analist o varietate de răspunsuri emoţionale în urma acestor solicitări, care îi trezesc şi îi menţin interesul.

Totuşi, când apare activarea Sinelui grandios în forma fuziunii cu reprezentările psihice ale analistului (sau, într-o măsură mai mică, într-un transfer alter-ego), nu există nicio investire de obiect, iar ataşamentul pacientului faţă de analist este unul de tip arhaic. Astfel, în timp ce atenţia analistului este stimulată de sarcina cognitivă de a înţelege manifestările dificile ale relaţiei narcisice arhaice, absenţa

investirilor obiectual-instinctuale îl face pe analist să își mențină cu greu o atenție fiabilă în timpul unor perioade prelungite de timp. La fel se poate întâmpla și pentru că analistul se poate simți oprimat de cererile necalificate, dar tacite care, din punctul de vedere al țintei transferului fuzional, sunt echivalente cu subjugarea totală.

Deși considerațiile precedente se referă la o înclinație către o reacție umană ce probabil este ubicuă, unui analist experimentat am putea să-i cerem să fie capabil să gestioneze tendința de a-și retrage atenția de la un pacient ce nu îl stimulează prin investiri de obiect. Cu alte cuvinte, analistul trebuie să fie capabil să își mobilizeze și să își mențină empatia și implicarea sa cognitivă față de configurațiile narcisice ale analizanzilor activate terapeutic. Totuși, având în vedere frecvența cu care astfel de eșecuri au loc, este mai puțin probabil ca ele să fie cauzate de conflicte inconștiente specifice și de fixații ale analistului. În consecință, ele nu trebuie considerate ca fiind contratransfer. Această supoziție este sprijinită și de faptul că dificultățile analistului în acest sens tind să se diminueze considerabil atunci când el dobândește o înțelegere mai profundă a acestei arii de psihopatologie și când devine și mai conștient de natura sarcinilor psihice specifice ce îi sunt impuse.

Există și cazuri când explicațiile (de exemplu, oferite de un profesor, supervizor sau consultant) și lărgirea înțelegerii (pre)conștiente a analistului privind greutățile psihice din tratamentul tulburărilor de personalitate narcisică nu sunt suficiente. Și când tendința analistului către neatenție, plictiseală și activități defensive rămâne rezistentă atât la comentariile consultantului sau supervizorului, cât la și eforturile persistente și conștiincioase de autoanaliză. În astfel de cazuri în care fixațiile inconștiente ale analistului (în general, în aria propriului narcisism) par să fie responsabile pentru incapacitatea sa cronică de a mobiliza și a-și menține atenția, empatia și înțelegerea, poate fi folosit în mod adecvat termenul de „contratransfer“. Aici nevoia analistului de a evada din stresul impus de implicarea cronică într-o relație interpersonală complexă, ce este golită de investiri obiectual-instinctuale semnificative, pare să fie cauzată de sentimentul că ești atras într-o existență anonimă în rețeaua narcisică din organizarea psihică a unei alte persoane.

Este dificil să estimăm frecvența acestor puncte de fixație specifice din structura personalității analiștilor. Mai ales având în vedere faptul că, și dacă sunt prezente, s-ar putea să nu interfereze cu activitățile profesionale ale analistului în celelalte arii, diferite de analiza tulburărilor de personalitate narcisică. Astfel, ele

pot scăpa nedetectate, deoarece analistul va evita tratamentul unor astfel de cazuri. Totuşi, cred că un minimum de vulnerabilitate în această arie este destul de frecvent printre analişti, de vreme ce dezvoltarea specifică a sensibilităţii empatice contribuie deseori la motivaţia pentru a deveni analist. Şi rămâne un bun profesional atât timp cât se află sub dominaţia Eului. Deşi trebuie să admitem că Eul conştient nu joacă un rol activ în percepţia empatică, totuşi, Eul o controlează în mai multe feluri: decide dacă (sau nu) să iniţieze modul empatic de percepţie; controlează adâncimea regresiei din timpul atenţiei flotante; şi înlocuieşte atitudinea empatică cu procese şi activităţi secundare adecvate cu scopul de a evalua informaţiile psihice percepute în mod empatic ce trebuie integrate în contextul logic şi realist şi pentru care trebuie ales un răspuns adecvat, fie că este vorba de tăcere, interpretare sau construcţii analitice.

Potenţialul pentru talentul special în ce priveşte percepţia empatică, cât şi înclinaţia pentru bucuria exersării acestei funcţii psihice sunt dobândite, în mare parte, timpuriu în viaţă. Şi amândouă (potenţialul talent şi bucuria exersării acestei funcţii) apar chiar în acele situaţii ce formează nucleul pentru vulnerabilităţile vizavi de frica fuziunii arhaice pe care o discutăm aici. De exemplu, dacă un părinte narcisic — în majoritatea cazurilor, dar nu chiar în toate, personalitatea mamei are o influenţă predominantă în acest sens — îl consideră pe copil ca fiind o extensie a sa, dincolo de perioada în care o astfel de atitudine este adecvată sau mai intens decât e optim, sau dacă are o selectivitate distorsionată a răspunsurilor sale relevante, atunci organizarea psihică imatură a copilului va fi excesiv de acordată la cea a părintelui narcisic. Rezultatele pe termen lung ale influenţei psihice a unui astfel de mediu timpuriu pot să difere destul de mult. Se poate ajunge la dezvoltarea unei suprastructuri psihice sensibile cu o capacitate neobişnuit de mare de a percepe şi elabora procesele psihice ale altora. Sau expunerea timpurie excesivă la o apropiere psihică excesivă poate, dimpotrivă, să conducă la o întărire şi încețoşare a suprafeţelor perceptive, cu scopul de a proteja psihicul în a fi traumatizat de răspunsurile patogene şi provocatoare de anxietate din partea părinţilor.

În circumstanţe optime, adultul ce fuzionează în mod empatic cu copilul mic va percepe anxietatea copilului şi va răspunde în mod adecvat la tensiunile acestuia. De exemplu, tensiunea severă de anxietate a unui copil va produce un semnal empatic anxios imediat în adult. După evaluarea situaţiei reale, totuşi, adultul poate recunoaşte că nu este prezent niciun pericol şi se va elibera de anxietate. Apoi va include copilul în calmul său prin acţiuni adecvate dezvoltaţional ce accentuează transmisia fuzională empatică a stării emoţionale — de exemplu,

prin luarea copilului în braţe, prin a-l ţine aproape şi altele asemenea.[70] Astfel de interacţiuni încurajează dezvoltarea unei capacităţi largi şi echilibrate de empatie în copil. Însă, dacă mama, în loc să fie un tampon pentru experienţele tensionate ale copilului, are tendinţa să răspundă la anxietatea de început a copilului, minoră şi difuză, prin magnitudinea şi elaborarea hipocondriacă a unei emoţii dureroase şi prin infectarea copilului cu propria panică, atunci copilul va încerca să se apere de dezvoltarea unei stări traumatice printr-o autonomie distantă şi prematură sau, ceea ce este şi mai important, prin înlocuirea inadecvată (prematură) a percepţiei empatice cu alte moduri de evaluare a realităţii.

În circumstanţe specifice şi favorabile, chiar şi astfel de traumatizări timpurii s-ar putea să nu excludă talentul empatic de mai târziu din câmpul psihic. Şi, deşi aceasta se întâmplă destul de rar, există psihanalişti proeminenţi ale căror măiestrie şi contribuţii ştiinţifice în câmpul analizei par să fie rezultatul unei capacităţi empatice atrofiate, ce a fost înlocuită cu o capacitate timpurie de a evalua realitatea psihică prin procesul secundar. În timp ce majoritatea analiştilor îşi strâng informaţiile prin percepţia empatică a unor unităţi mari de configuraţii aparţinând celorlalţi (analog cu recunoaşterea unei feţe printr-un singur act cognitiv), acest grup de psihologi nu recunosc în mod similar starea psihică complexă dintr-o singură „ochire“ cognitivă, ci ei colectează şi potrivesc detalii psihologice simple. Fac acest lucru până când sunt capabili, prin această modalitate, să ajungă la o bună înţelegere a configuraţiei psihice complexe prezente în ceilalţi. În timp, ei dobândesc o conştientizare a multor detalii ce pot scăpa observatorului empatic; pe de altă parte, deseori pierd mult timp pentru a percepe ceea ce este destul de evident, ocazional sunt victimele unor neînţelegeri groteşti şi sunt în mod frecvent plictisitori în comunicările lor, deoarece au tendinţa să sublinieze ceea ce este deja evident.

Clasificarea mai sus menţionată a tipurilor de personalitate ale psihanaliştilor pe baza investigării atitudinilor lor şi a dezvoltării răspunsurilor în câmpul sensibilităţii empatice este, desigur, suprasimplificată. În realitate, aceste forme pure sunt mai puţin întâlnite decât formele mixte şi, în consecinţă, nu se poate stabili o tipologie netă a structurilor de personalitate ale psihanaliştilor. Experienţa ne învaţă, totuşi, că mulţi dintre cei care aleg o carieră în care preocuparea empatică faţă de ceilalţi formează centrul activităţii profesionale sunt persoane ce au suferit traume (de proporţii tolerabile) în fazele timpurii ale dezvoltării empatiei. Şi care, în mod secundar, au răspuns la teama privind pericolul retraumatizării cu două reacţii complementare: (a) au dezvoltat o hipersensibilitate a suprafeţelor perceptive; şi (b) au răspuns la nevoia de a

domina fluxul de stimuli ameninţători cu o dezvoltare neobişnuită a proceselor secundare direcţionate spre a înţelege informaţiile psihice şi pentru a face ordine în materialul psihic.

Investigarea diverselor talente specifice (corelate cu perturbările specifice în aria empatiei) se află dincolo de scopul lucrării de faţă. Este suficient să repet, privitor la contratransferurile specifice din timpul analizelor tulburărilor de personalitate narcisică, că analiştii cu o bună percepţie empatică a conflictelor structurale ale nevrozelor de transfer pot fi blocaţi în mod selectiv sau în mod specific cu privire la percepţia empatică a defectelor structurale, a stărilor traumatice şi a fixaţiilor narcisice ce sunt întâlnite în analiza tulburărilor de personalitate narcisică. Teama arhaică de a fi inundat, fără posibilitatea de apărare, de răspunsurile anxioase materne copleşitoare (sau de alte reacţii emoţionale iraţionale sau exagerate) poate conduce anumiţi analişti la inhibarea empatiei lor. Deoarece se tem că s-ar putea să nu fie capabili să reziste nevoilor de fuziune ale analizanzilor lor şi pentru că trebuie să se apere de imaginea intruziunii unei mame arhaice care va copleşi copilul cu propria ei anxietate. Analiştii cu o astfel de structură vor fi, în consecinţă, incapabili să se conecteze în mod empatic cu pacienţii ce îi ameninţă cu fuziunea lor narcisică arhaică. Ascunzându-şi incapacitatea lor specifică prin afirmaţii raţionalizate ce exprimă un pesimism terapeutic general privitor la astfel de cazuri, ei se vor retrage în mod defensiv de la sarcina specifică a înţelegerii mobilizării Sinelui grandios al pacientului în transferul gemelar sau fuzional.

Nu ştiu cât de frecvent se întâmplă ca aceste frici adânci de fuziune să interfereze cu travaliul pe care analistul îl are de efectuat în tratamentul personalităţilor narcisice, dar aş estima că apariţia unor temeri serioase, permanente şi paralizante de fuziune este destul de rară. Dar dacă lipsa de înţelegere a analistului, plictiseala, retragerea sau activismul său terapeutic defensiv nu vor ceda odată cu înţelegerea sarcinii sale; dacă explicaţiile şi reflecţiile conştiente nu vor produce nicio schimbare; şi dacă inhibarea este conectată cu frici mai vechi legate de suprastimularea traumatică prin pierderea limitelor şi invadarea incontrolabilă a agitaţiei mamei — atunci aceste reacţii ar trebui clasificate ca fiind contratransferuri în sensul larg şi clinic al termenului.

Şcolile psihanalitice ce oferă stărilor timpurii de dezvoltare psihică şi organizărilor psihice primitive un loc proeminent sau chiar exclusiv în geneza nevrozelor au tendinţa să vadă fenomenul specific ce este discutat în această monografie ca pe nişte apariţii ubicue. De vreme ce conceptele explicative

folosite de aceste școli de gândire — de exemplu, școala „interpersonală“ a lui H.S. Sullivan (1940) — derivă din abordarea lor caracteristică bazată pe o singură axă, ei înțeleg, din punctul lor de vedere, formele variate și variațiile psihopatologiilor ca fiind grade și nuanțe ale psihozei sau ca apărări împotriva psihozei.

Tocmai pe acest fundal trebuie văzute anumite similarități și diferențe dintre abordările diverselor școli de gândire psihanalitică privitoare la tulburările narcisice. De exemplu, Leon Grinberg (1956) descrie dificultăţile tehnice în termeni similari cu descrierile noastre. Dar cadrul teoretic al lui Grinberg — sistemul teoretic fiind un prevalent în America de Sud şi fiind foarte influenţat de perspectiva kleiniană — nu pare să instituie o distincţie între un obiect investit narcisic şi un obiect vizat de investiri obiectual-instinctuale. Iar proiecţia şi introiecţia sunt privite ca mecanisme psihice dominante pe care analizandul le mobilizează vizavi de obiect.[71] Rezultatul îl reprezintă ştergerea diferenţei cruciale dintre acele forme de psihopatologie ce sunt bazate pe conflictele structurale ale aparatului psihic diferenţiat (nevrozele de transfer) şi acele tulburări psihice în care fuzionarea cu (şi detaşarea de) un obiect arhaic al Sinelui joacă un rol central (tulburările de personalitate narcisică). Ca o consecinţă a acestei poziţii teoretice, nevrozele de transfer sunt explicate pe baza conflictelor arhaice dintre mamă şi copil, în timp ce tulburările narcisice devin nişte mecanisme (ale proiecţiei şi introiecţiei secundare) care s-ar forma doar după ce structuralizarea totală a aparatului psihic a fost stabilită şi după ce diferenţierea dintre Sine şi obiect (ultimul primind investiri obiectual-instinctuale) a fost realizată. Acest lucru este similar cu consideraţiile precedente privind abordarea teoretică a lui Grinberg, anume că el vede contratransferurile ce sunt mobilizate pe baza fricilor de fuziune ca un fenomen ubicuu. Totuşi, în realitate aceste fenomene nu sunt frecvente. Ele apar ca o consecinţă a vulnerabilităţilor specifice ale anumitor analişti vizavi de o anumită sarcină psihică. Cu alte cuvinte, ele apar când cererile narcisice specifice, intens mobilizate ale pacienţilor cu tulburări de personalitate narcisică afectează psihicul analistului, a cărui tendinţă către diferenţierea Sine-obiect nu a fost în mod complet transformată într-o capacitate de extindere (prin probe succesive) a proceselor de fuziune sub forma empatiei controlate.

Indiferent cât de complexă ar fi problema reacţiilor analistului în timpul mobilizării terapeutice a Sinelui grandios al analizandului, câteodată s-ar putea să fie mai uşor de evidenţiat formele variate din punct de vedere metapsihologic decât să înțelegi și să clasifici eșecul relevant al unui analist într-un caz clinic

concret. Următoarea descriere a unui eşec empatic temporar al unui analist în timpul analizei unui caz specific ce cuprinde mobilizarea Sinelui grandios infantil al analizandei poate să ajute la iluminarea subiectului în cauză dintr-o perspectivă clinică.

Dna F., în vârstă de douăzeci şi cinci de ani, a vrut să facă analiză din cauza mai multor insatisfacţii difuze. În ciuda faptului că era activă în profesia sa şi că avea numeroase contacte sociale şi o serie de relaţii amoroase, ea simţea că era diferită de ceilalţi oameni şi se simţea izolată de ei. Deşi avea mulţi prieteni, credea că nu este intimă cu nimeni; şi în ciuda faptului că avusese mai multe relaţii amoroase şi nişte pretendenţi serioşi, ea respinsese căsătoria deoarece ştia că un astfel de pas ar fi o farsă. În cursul analizei, a devenit treptat evident că ea suferea de schimbări bruşte ale dispoziţiei afective, care erau asociate cu o incertitudine predominantă legată de realitatea sentimentelor şi gândurilor ei. În termeni metapsihologici, perturbarea ei era cauzată de o integrare eşuată a Sinelui grandios în întregul aparatului psihic, plus tendinţa rezultată de aici către oscilaţii între (1) stări de agitaţie anxioasă şi euforie legată de o „preţiozitate“ secretă, ce o făcea să se simtă mult mai bună decât oricine (în momentele în care Eul era aproape de a ceda substructurii grandioase, anume Sinelui grandios puternic investit); şi (2) stări de epuizare emoţională, de plictiseală şi imobilitate (ce reflectau slăbirea periodică a Eului când îşi folosea toată forţa să se apere de substructura nerealistă şi grandioasă). Pacienta stabilea relaţii de obiect nu pentru că era în primul rând atrasă de oameni, ci mai degrabă dintr-o încercare de a scăpa de tensiunile narcisice dureroase. Cu toate acestea, deşi relaţiile ei sociale din copilărie şi viaţa adultă erau, la suprafaţă, neperturbate, aceste relaţii o ajutau mult prea puţin pentru a diminua durerea cauzată de tulburarea narcisică subiacentă.

Din punct de vedere genetic, aşa cum am putut reconstitui cu mare certitudine, faptul că mama a fost depresivă în timpul mai multor perioade timpurii din viaţa copilei a blocat integrarea graduală a investirilor narcisice exhibiţioniste ale Sinelui grandios. În timpul perioadelor decisive ale copilăriei sale, prezenţa şi activităţile fetei nu fuseseră însoţite de plăcerea şi aprobarea maternă. Dimpotrivă, de fiecare dată când pacienta încerca să vorbească despre ea, mama sa deplasa în mod imperceptibil centrul atenţiei către preocupările sale depresive şi astfel copilul a fost privat de acea acceptare maternă optimă ce transformă exhibiţionismul şi grandiozitatea brută în forme folositoare şi adaptative de stimă de sine şi bucurie de sine. Deşi fixaţia traumatică la forma infantilă a Sinelui grandios nu a fost completă de vreme ce starea depresivă a mamei nu a fost una

continuă, condiţia patologică de mai târziu a fost întărită de relaţia dnei F. cu singurul ei frate, cu trei ani mai mare decât ea. Acesta (şi lui îi lipsise o aprobare parentală de bază) o trata în mod sadic, se punea pe el în centrul atenţiei cu fiecare ocazie şi îşi folosea inteligenţa lui superioară pentru a distrage atenţia părinţilor de la ce anume făcea sau zicea sora lui cu mândrie; astfel era din nou întreruptă gratificarea realistă a nevoilor ei narcisice.

În cele ce urmează mă voi concentra pe acea parte a materialului clinic ce ilustrează problemele specifice ale analistului în timpul analizei activării terapeutice a Sinelui grandios. În timpul unor perioade extinse ale analizei, începând cu momentele în care nu înţelegeam încă fundalul istoric al tulburării de personalitate a pacientei şi aveam doar o noţiune neclară privind natura esenţială a psihopatologiei pacientei, se producea în mod frecvent următoarea succesiune de evenimente în timpul şedinţelor analitice. Pacienta ajungea într-o stare prietenoasă, se aşeza într-un mod tăcut şi începea să îşi comunice gândurile şi sentimentele ei despre o varietate de subiecte: interacţiuni de la locul de muncă, interacţiuni cu familia ei sau cu un bărbat de care începea să se apropie; vise şi asocieri relevante, incluzând referinţe ezitante, dar autentice cu privire la transfer; şi o varietate de insighturi (apărute pe fondul a ceea ce păreau să fie nişte rezistenţe adecvate) privind conexiunea dintre prezent şi trecut şi dintre transferul asupra analistului şi dorinţele similare direcţionate către ceilalţi. Pe scurt, în prima parte a şedinţelor analitice din timpul acestei faze, procesul terapeutic părea a fi unul de autoanaliză bine efectuată.

Totuşi, trei caracteristici diferenţiau acest stadiu din analiza pacientei de fazele unei autoanalize autentice, când analistul chiar este mai mult decât un observator interesat ce îşi păstrează disponibilitatea pentru următorul val de rezistenţe. (1) Stadiul în cauză a durat mult mai mult decât perioadele de autoanaliză prezente în alte analize. (2) Mai departe, am observat că nu eram capabil să menţin o atenţie interesată, acel tip de atitudine care se instalează fără efort şi spontan când cineva ascultă asocierile libere ale analizandului din perioadele de autoanaliză lipsite de obstacole. Atenţia mea deseori rămânea în urmă, gândurile mele începeau să divagheze şi era nevoie de un efort deliberat pentru a-mi menţine atenţia concentrată pe comunicările pacientei. Această tendinţă către neatenţie era problematică de vreme ce pacienta lucra cu preocupări direcţionate către obiect, înăuntrul şi în afara situaţiei analitice, atât din prezent, cât şi din trecut. Cu toate acestea, când vorbea despre investiri de obiect curente, inclusiv fantasme legate de mine, recunoşteam în mod gradual că neatenţia mea era cauzată de faptul că înseşi comunicările nu păreau să fie direcţionate către mine

şi că răspunsurile mele obiectual-libidinale atente nu erau în consecinţă mobilizate în mod spontan. (3) După o perioadă îndelungată de ignoranţă şi neînţelegere, în timpul căreia nu mă luptam doar cu plictiseala şi neatenţia, dar eram înclinat şi să mă contrazic cu pacienta privitor la corectitudinea interpretărilor mele şi să suspectez prezenţa unor rezistenţe ascunse şi obstinate, am ajuns la recunoaşterea crucială a faptului că pacienta cerea de fapt un răspuns specific la comunicările ei şi că respingea orice alte răspunsuri.

Spre deosebire de analizandul din perioadele de autoanaliză autentică, dna F. nu putea tolera tăcerea mea şi nici nu era satisfăcută cu remarcile rezervate. Iar pe la mijlocul şedinţelor, devenea foarte furioasă pe mine pentru că sunt tăcut şi îmi reproşa că nu îi ofer niciun sprijin. (Poate fi adăugat că natura arhaică a nevoii sale era trădată de spontaneitatea cu care apărea — ca o tranziţie bruscă de la saţietate la foame sau de la foame la saţietate la copiii foarte mici.) M-am dat seama treptat că devenea imediat calmă şi mulţumită atunci când, în aceste momente, rezumăm pur şi simplu sau repetăm ceea ce deja spusese în esenţă (precum „Iar te lupţi să te eliberezi de influenţa mamei tale care ţi-a transmis o suspiciune legată de bărbaţi.“ sau „Ai reuşit să înţelegi că fantasmele legate de vizita englezului sunt de fapt reflecţii ale unor fantasme legate de mine“). Dar dacă depăşeam ceea ce pacienta deja a zis sau a descoperit chiar şi cu un singur pas (precum: „Fantasmele despre străinul aflat în vizită sunt reflecţii ale fantasmelor despre mine şi, în plus, cred că ele reprezintă reînvierea unor stimulări periculoase la care ai fost expusă prin intermediul poveştilor imaginare pe care tatăl tău ţi le-a spus despre tine“), iar se înfuria foarte tare. Şi, indiferent de faptul că ceea ce adăugasem putea fi deja cunoscut de ea, mă acuza cu furie şi cu o voce tensionată şi ascuţită că o subminez, că prin remarcile mele am distrus tot ce ea a construit şi că stricam analiza.

Anumite convingeri pot fi atinse doar în mod direct, aşa că nu am putut să demonstrez în detaliu corectitudinea concluziilor mele legate de sensul comportamentului pacientei şi de semnificaţia impasului din aceste şedinţe (incluzând aici aspectele specifice ale contratransferului). În timpul acestei faze din analiză, pacienta a încercat, cu ajutorul confirmării, aprobării şi a prezenţei mele ca ecou (transfer-oglindă), să integreze în restul personalităţii sale un Sine arhaic, hiperinvestit narcisic. Acest proces a început cu o reîntărire precaută a sentimentului realităţii privitor la gândurile şi emoţiile ei. Ca apoi să se mute treptat către transformarea nevoilor sale exhibiţioniste intense într-un sentiment egosintonic al propriei valori şi al bucuriei legate de activităţile sale. Ca o iniţiativă pasageră semnificativă (realizată doar temporar), ea a început să ia

lecţii de dans. Aceste lecţii (şi participările ei la diverse manifestări publice) i-au oferit un tampon important pentru acel exces de nevoi narcisice exhibiţioniste, ce nu îşi puteau găsi satisfacţie în situaţia analitică şi pe care nu le putea sublima prin activităţile ei obişnuite.

Treptat am început să realizez că analizanda mi-a atribuit un rol specific în cadrul unei perspective asupra lumii ce aparţinea unui copil mic. În timpul acestei faze din analiză pacienta a început să remobilizeze o imagine a Sinelui arhaic, intens investit, imagine ce până acum fusese păstrată sub o refulare nesigură. Concomitent cu remobilizarea Sinelui grandios, pe care rămânea fixată, a apărut şi nevoia reînviată pentru un obiect arhaic (un precursor al structurii psihice) ce nu era altceva decât întruparea unei funcţii psihice pe care psihicul pacientei nu o putea performa de unul singur: trebuia să răspund empatic la expunerea ei narcisică şi să îi ofer o susţinere narcisică prin aprobare, oglindire şi funcţia de ecou.

Datorită faptului că în acel moment nu eram suficient de ager cu privire la capcanele unor astfel de cereri transferenţiale, multe dintre intervenţiile mele interferau cu travaliul formării de structură. Dar ştiu că obstacolele ce stăteau în calea înţelegerii mele nu se aflau doar în aria cognitivă. Şi pot să afirm, fără să transgresez regulile protocolului terapeutic şi fără a mă deda unui fel de autorevelaţii lipsite de modestie, ce până la urmă ascunde mai mult decât admite, că existau nişte impedimente în propria mea personalitate ce ne stăteau în cale. Exista o tendinţă reziduală, legată de puncte de fixaţie vechi şi adânci, de a mă posta în centrul narcisic al scenei. Şi, deşi mă luptasem desigur mult timp cu deziluziile relevante ale copilăriei şi credeam că reuşisem să le domin în totalitate, temporar am fost incapabil să fac faţă sarcinii cognitive impuse de confruntarea cu reactivarea Sinelui grandios al pacientei mele. Astfel, am refuzat să admit posibilitatea că nu eram un obiect pentru pacientă, că nu eram un amestec al aspectelor iubite şi urâte din copilăria pacientei. Am fost deci refractar în a înţelege că eram doar o funcţie impersonală, fără o anumită semnificaţie, în afară de aceea privitoare la regatul propriei ei remobilizări a grandorii şi exhibiţionismului narcisice.

În consecinţă, o lungă perioadă de timp am insistat să cred că reproşurile pacientei ar fi fost legate de anumite fantasme transferenţiale şi dorinţe oedipiene — deşi nu exista niciun progres în această direcţie. Cred că, până la urmă, tonul ascuţit din vocea sa a fost ceea ce m-a condus pe calea cea bună. Am realizat că exprimă o convingere absolută de a avea dreptate. Convingerea unui

copil foarte mic — ce nu se exprimase niciodată până acum. Când făceam mai mult (sau mai puţin) decât să ofer o aprobare sau o confirmare simplă ca răspuns la descrierile şi descoperirile pacientei, deveneam mama depresivă care (în mod sadic, aşa cum o percepuse pacienta) muta investirile narcisice de la copil spre ea şi care nu oferea nevoia narcisică de ecou. Sau deveneam fratele ei care, aşa cum a simţit ea, îi răstălmăcea gândurile şi se punea pe el în centrul atenţiei.

Răspunsul la întrebarea dacă mama (sau fratele care în acest context era văzut de pacientă ca fiind în echipă cu mama, deci ca o extensie sau un substitut al ei) chiar a fost sadică în mod conştient, preconştient sau inconştient, aşa cum a insistat pacienta în perioade lungi din analiza sa, are o importanţă redusă în acest punct. Obiectul arhaic este perceput ca fiind atotputernic şi atotştiutor şi astfel consecinţele acţiunilor şi omisiunilor sale sunt întotdeauna văzute de psihicul copilului ca fiind produse în mod intenţionat. Deci pacienta presupunea — în mod corect în cadrul organizării sale psihice — că lipsa mea iniţială de înţelegere faţă de ea nu era cauzată de limitările mele cognitive şi emoţionale, ci că era rezultatul unor intenţii sadice. Nu cred că această percepţie greşită poate fi explicată doar ca o confuzie transferenţială. Mai degrabă trebuie înţeleasă ca fiind cauzată de regresia terapeutică la nivelul fixaţiei patogene esenţiale, anume la conceperea narcisică a obiectului şi astfel la confuzia animistă dintre efect şi cauză, pe de o parte, şi dintre nevoie şi intenţie, pe de altă parte.

Oricare ar fi fost motivaţia conştientă sau inconştientă a mamei (sau a fratelui), din punctul de vedere al evaluării metapsihologice a dezvoltării psihice a pacientei, comportamentul lor a contribuit la refularea unui Sine grandios, arhaic şi puternic investit. Fiind refulat, el nu a mai fost accesibil pentru a se lăsa modificat de realitate şi nu a mai devenit disponibil Eului, ca o sursă de motivaţii narcisice acceptabile. Tatăl ei, către care pacienta s-a îndreptat mai degrabă în căutarea unui substitut pentru aprobarea narcisică pe care nu o obţinuse de la mama sa (şi pe care nu îl vedea ca pe un obiect oedipian), a traumatizat şi mai mult copila. Deoarece a pendulat între atitudini de iubire nemăsurată pentru fată şi retragere şi dezinteres emoţional pe perioade îndelungate, comportamentul lui a stimulat preocupările narcisice vechi ale copilei, fără a o ajuta să le integreze într-o concepţie realistă asupra Sinelui, deci fără a oferi un grad optim de selectivitate a răspunsurilor într-un cadru care să inspire încredere şi interes faţă de pacientă. Astfel, tatăl a interferat cu stabilirea unei bariere solide de refulare şi, prin comportamentul său seducător inconstant, a întărit şi mai mult tendinţa fetei către resexualizarea nevoilor sale. Cumva, în mod similar cu circumstanţele ce au dus la resexualizarea nevoii de homeostazie narcisică în cazul domnului A.

Situaţia clinică descrisă în paginile precedente şi în special răspunsurile terapeutice ale analistului necesită o elucidare mai detaliată, chiar dacă discuţia ce urmează nu ţine în mod direct de subiectul în discuţie, adică de contratransferul din transferul-oglindă.

La prima vedere s-ar putea înţelege că, după mine, în astfel de cazuri, analistul trebuie să îndeplinească o dorinţa transferenţială a analizandului; mai specific, că, dacă pacienta nu a primit de la mama depresivă aprobarea emoţională necesară sau ecoul necesar, acum analistul trebuie să i le ofere, astfel încât să îi ofere o „experienţă emoţională corectivă“ (Alexander, French şi alţii, 1946).

Există într-adevăr pacienţi pentru care acest tip de bunăvoinţă reprezintă nu doar o necesitate temporară în timpul anumitor faze stresante din analiză, ci chiar o condiţie necesară fără de care ei nu pot parcurge paşii necesari ce duc la creşterea dominaţiei Eului asupra dorinţelor infantile — acesta fiind de fapt chiar scopul travaliului psihanalitic. Şi, mai departe, nu încape îndoială că, ocazional, indulgenţa vizavi de o dorinţă importantă din copilărie poate avea efecte benefice de lungă durată asupra diminuării simptomelor şi asupra schimbărilor comportamentale ale pacientului. Mai ales dacă este furnizată cu un aer convingător, într-o atmosferă terapeutică ce poartă conotaţia magică şi cvasi-religioasă legată de puterile miraculoase ale iubirii. Primind strângerea de mână a episcopului, precum Jean Valjean din Mizerabilii lui Victor Hugo, pacientul pleacă din şedinţa terapeutică drept o persoană schimbată. (Pentru un exemplu edificator legat de o vindecare bruscă după o trăire totală dincolo de planul psihoterapiei, vezi vinieta prezentată de K.R. Eissler, 1965, pp. 375 şi urm., din Justin 1960.)

Totuşi, procesul analitic în cazurile analizabile, cum este cazul dnei F., se desfăşoară într-un mod diferit. După ce am depăşit anumite obstacole emoţionale şi cognitive, am recunoscut că manifestările transferenţiale esenţiale nu erau cuprinse în conţinutul materialului (care e legat de faze mai târzii de dezvoltare şi de relaţiile emoţionale superficiale ale pacientei, folosite în mod defensiv), ci în interacţiunile ce aveau loc în timpul şedinţei analitice. Mai precis, am recunoscut că pacienta m-a repus în rolul mamei depresive şi ipohondre din copilăria ei timpurie, părinte care a privat-o pe pacientă de hrana narcisică de care avea nevoie. Deşi, din motive tehnice (de exemplu, pentru a asigura cooperarea unui segment din Eul pacientei), analistul ar trebui în astfel de cazuri să ofere, pentru o perioadă tranzitorie, ceea ce s-ar putea numi o complianţă reţinută faţă de dorinţa infantilă, scopul analitic real nu este satisfacerea dorinţei,

ci întărirea controlului pe baza insightului, printr-un cadru de abstinenţă analitică (tolerabilă).

La fel ca în nevrozele de transfer (unde ne raportăm la pulsiunile obiectual-instinctuale), şi în cazul obiectului investit narcisic în analiza personalităţilor cu tulburări narcisice, analistul nu interferează (prin interpretări premature sau prin alte mijloace) cu mobilizarea spontană a dorinţelor transferenţiale. De obicei, el începe travaliul interpretativ privitor la transfer doar la momentul în care, din cauza neîmplinirii dorinţelor transferenţiale, cooperarea pacientului încetează. Anume, când transferul a devenit o rezistenţă.[72] Şi, din nou, aşa cum se întâmplă în nevrozele de transfer, şi în analiza tulburărilor de personalitate narcisică, odată ce a început travaliul interpretativ, analistul nu se aşteaptă ca dominaţia Eului asupra dorinţelor infantile intense să poate fi realizată chiar la momentul când pacientul face primii paşi către a le permite accesul în conştient. Dimpotrivă, analistul ştie că urmează un proces de perlaborare îndelungat în care pacientul îşi va afişa rezistenţele nu atât prin insistenţa ca dorinţele infantile să-i fie împlinite, ci mai degrabă prin noi încercări de a se distanţa de acestea. Iar acest fapt se produce de obicei prin exprimarea unor cereri zgomotoase privitoare la satisfacerea unor cerinţe dintr-un sector clivat al psihicului, în timp ce nevoile centrale sunt din nou ocultate. Faptul că analistul nu interferează în apariţia dorinţei transferenţiale şi faptul că acceptă, cu tact, complexitatea şi gradualitatea procesului de perlaborare nu trebuie confundate cu acea anulare a travaliului analitic cuprinsă în noţiunea de „experienţă emoţională corectivă“. Şi nici nu trebuie confundate cu înlocuirea analizei cu nişte măsuri educaţionale (sau cu alte activităţi din partea analistului), doar pentru că acestea ar ajuta la stabilirea şi menţinerea alianţei terapeutice.

În cazul dnei F., faptul că am recunoscut că cererea infantilă specifică a fost repusă în scenă a constituit doar începutul procesului de perlaborare privitor la Sinele grandios. După ce am reuşit să îmi domin propria mea rezistenţă contratransferenţială, ce m-a făcut să insist pentru o perioadă că pacienta s-ar lupta cu nişte transferuri obiectual-instinctuale, am fost capabil să îi spun că furia ei legată de mine era bazată pe nişte procese narcisice. Mai precis, pe o confuzie transferenţială cu mama depresivă care obişnuia să-şi mute atenţia de la nevoile narcisice ale copilului spre nevoile ei. Aceste interpretări au fost urmate de un grup de amintiri similare privitoare la intrarea mamei într-o stare depresivă, în care se preocupa doar de sine — aceasta a avut loc mai târziu în viaţa pacientei. În final, pacienta şi-a amintit foarte clar un set central de amintiri amare, asupra cărora păreau să fi fost telescopate unele mai timpurii, dar şi altele

mai târzii. Ele se refereau în mod specific la episoade când venea acasă de la grădiniță și de la școala primară. În astfel de momente se grăbea acasă cât de repede putea ea, anticipând cu bucurie cum îi va povesti mamei despre succesele de la școală. Își amintea că atunci când mama ei deschidea ușa, în loc ca fața mamei să se lumineze, expresia ei rămânea goală. Și cum, atunci când pacienta începea să vorbească despre școală, despre jocurile ei și despre realizările și succesele ei din orele precedente, mama părea că ascultă și participă, dar imperceptibil subiectul conversației se muta și mama începea să vorbească despre ea însăși — despre durerea ei de cap, despre oboseala ei și despre alte probleme somatice. Tot ce putea să își amintească pacienta în mod direct despre propriile ei reacții era că se simțea brusc suptă de energie și golită. Pentru mult timp a fost incapabilă să își amintească furia resimțită față de mama ei în astfel de ocazii. Doar după perioade lungi de perlaborare a putut să stabilească treptat legături între furia pe care o simțea vizavi de mine, când nu îi înțelegeam cererile, și sentimentele pe care le trăise ca reacție la frustrarea narcisică din copilărie.

Interpretările mele au condus deci pacienta către o creștere graduală a conștientizării intensității cererilor ei, o recunoaștere la care a rezistat în mod viguros deoarece acum nu mai putea nega prezența unei nevoi extreme în această arie ce fusese acoperită pentru mult timp printr-o afișare a independenței și autosuficienței. Pentru a sublinia cât mai precis această secvență, să mai spunem că această fază a fost urmată de o revelație înceată, anxioasă și provocatoare de rușine a grandiozității sale infantile persistente și a exhibiționismului ei. Procesul de perlaborare ce a fost realizat în această perioadă a condus până la urmă la o creștere a dominației Eului asupra grandiozității și a exhibiționismului. Și astfel a ajuns la o mai mare încredere în sine și la alte transformări favorabile ale narcisismului ei în acest segment al personalității.

Părăsind ilustrația clinică specifică, voi face acum un sumar al sarcinilor cognitive și emoționale ale analistului în timpul analizelor în care sunt remobilizate terapeutic stadiile timpurii ale Sinelui grandios al pacientului sub variatele forme ale transferului-oglindă. Pentru a funcționa adecvat în timpul analizelor unor astfel de tulburări de personalitate, analistul trebuie să fie capabil să rămână interesat și atent față de remobilizarea structurilor psihice, în ciuda absenței investirilor obiectual-instinctuale semnificative. Mai departe, el trebuie să fie capabil să accepte faptul că poziția sa (ce este în armonie cu nivelul specific al fixației majore) din cadrul perspectivei narcisice a pacientului reactivate terapeutic este cea a unui obiect prestructural. Terapeutul joacă aici

rolul unei funcţii ce vine în serviciul menţinerii echilibrului narcisic al pacientului. Nu doar că analistul trebuie să fie capabil de o toleranţă pasivă a acestor fapte psihice (deci nu trebuie să devină nici nerăbdător; nici nu trebuie să interfereze cu instalarea transferului narcisic prin interpretări premature; şi nici nu trebuie să îşi retragă atenţia şi empatia), ci el trebuie să rămână implicat în mod pozitiv faţă de lumea narcisică a pacientului. Această implicare presupune şi o perceptivitate creativă, de vreme ce multe dintre experienţele pacientului trebuie percepute empatic de analist şi înţelesul lor trebuie reconstituit din cauza naturii lor preverbale. Această reconstrucţie trebuie făcută cel puţin cu aproximaţie înainte ca pacientul să poată să actualizeze (prin „telescopare“) amintiri analoage târzii şi să conecteze experienţele curente cu cele din trecut.

Pentru a performa sarcinile ce îi sunt impuse în timpul analizei remobilizării Sinelui grandios, analistul va fi ajutat destul de mult de perspectiva teoretică asupra acestor condiţii. Mai departe, el trebuie să fie conştient de potenţiala interferenţă a propriilor sale cerinţe narcisice, care devin rebele în contextul în care analistul nu este perceput ca el însuşi de pacient şi nici nu este confundat cu un alt obiect din trecutul pacientului. Şi, în sfârşit, în situaţii specifice, analistul trebuie să se elibereze de interferenţa activă a fricilor arhaice legate de disoluţia prin fuziune. El nu trebuie să se apere de nevoile de fuziune ale anumitor pacienţi, ci trebuie să tolereze activarea lor fără o anxietate excesivă, să rămână capabil de procese de cvasi-fuziune şi să-şi semnaleze permeabilitatea sub forma empatiei controlate în ce priveşte nevoile narcisice ale pacientului şi a răspunsurilor necesare. Anume interpretări şi reconstrucţii vor conduce, astfel, în mod treptat la integrarea structurilor narcisice ale pacientului în personalitatea matură orientată către realitate. Totuşi, merită să repet, în contextul discuţiei despre analiza acestor tulburări, că analizandul tinde iniţial (şi pentru o perioadă extinsă de timp) să aibă o toleranţă insuficientă faţă de propriile sale nevoi narcisice. Şi că, mai întâi, trebuie să înveţe să le accepte şi să le înţeleagă, înainte ca Eul să încerce să ajungă treptat la o mai bună dominare a lor.

Vezi pentru acest context remarcile despre aplicabilitatea specifică a analogiei dintre experiența adultă a propriului corp și a propriei minți (și a funcțiilor lor) și trăirea obiectului narcisic în varianta fuzională a transferului-oglindă (capitolul 5). Mai poate fi adăugat aici faptul că, așa cum cineva nu este în general conștient de propriul corp și de propria minte și ia de bună prezența și funcționarea lor, așa se întâmplă și cu percepția analizandului privitor la analist în transferul fuzional. În general doar când apare o perturbare în funcționarea corpului și a minții (sau, prin analogie, când analistul aflat în transfer fuzional pleacă sau este neempatic), individul devine conștient în mod furios de faptul că ceva ce ar trebui să funcționeze fără probleme nu mai merge cum trebuie.

Această afirmație a fost citată în capitolul anterior.

Desigur, reproduceri ale unor astfel de situații benefice de fuziune apar și în relațiile dintre adulți. Când o persoană își pune mâna pe umerii unui prieten care este supărat, nu doar că exprimă protecția, dar îi și permite prin regresie voluntară să fuzioneze temporar cu calmul său.

Vezi discuția despre „Școala engleză“ de psihanaliză din capitolul 8.

Referirile interpretative care vizează transferul și care nu sunt direcționate spre remobilizarea procesului analitic obstrucționat de rezistențele transferențiale vor fi înțelese de pacient în mod corect ca fiind niște prohibiții. Indiferent cât de blând și prietenos se exprimă analistul, analizandul îl va auzi zicând: „Nu fi în modul acesta — este nerealist, copilăresc!“ sau altele asemenea.

Capitolul 12. Câteva transformări terapeutice în analiza personalităților narcisice

Mobilizarea pozițiilor narcisice arhaice din timpul analizei permite perlaborarea transferurilor narcisice, ceea ce are ca rezultat schimbări benefice nonspecifice și specifice. Cea mai proeminentă schimbare nonspecifică o constituie dezvoltarea și mărirea capacității pacientului pentru iubirea de obiect; schimbările specifice se petrec în însuși câmpul narcisic.

Dezvoltarea și extinderea iubirii de obiect

1. Creşterea capacităţii iubirii de obiect ce este întâlnită cu regularitate în analiza personalităților narcisice trebuie considerată ca fiind un rezultat important al tratamentului, dar totuși unul nonspecific și secundar. În general, noua iubire de obiect ce iese la suprafață devine disponibilă pacientului ca o consecință a remobilizării legăturilor afective incestuoase libidinal-obiectuale ce au fost anterior ascunse în spatele unui zid de narcisism regresiv, deci au fost inaccesibile pacientului. În consecinţă, creşterea disponibilităţii investirilor obiectual-instinctuale în timp ce analiza evoluează nu indică de obicei faptul că narcisismul mobilizat s-ar fi preschimbat în iubire de obiect. Mai degrabă această iubire de obiect apare datorită eliberării libidoului obiectual ce a fost refulat anterior. Vorbim deci despre rezultatul succesului terapeutic în sectoarele psihopatologiei secundare (de ex.: nevroza de transfer) ale unui pacient care suferea în mod primar de o tulburare de personalitate narcisică.

2. Totuși, anumite aspecte ale capacității extinse a pacientului pentru iubirea de obiect sunt legate mai direct de procesul de perlaborare din aria primară a psihopatologiei. Ele nu sunt caracterizate doar de o simplă creștere a investirilor de obiect ale pacientului, ci de o rafinare și o aprofundare emoțională a

dorinţelor de obiect deja prezente (sau nou mobilizate). Acest lucru se petrece ca o consecinţă a creşterii disponibilităţii libidoului idealizant. Datorită perlaborării sistematice a transferului idealizant, un surplus de libido idealizant poate deveni accesibil pacientului şi poate fi amestecat cu investiri obiectual-libidinale. Ataşarea investirilor idealizante la iubirea de obiect are ca rezultat aprofundarea şi rafinarea trăirii de iubire a pacientului, fie că e vorba de starea de a fi îndrăgostit, fie că e vorba de o afecţiune pe termen lung faţă de o altă fiinţă umană, fie de un devotament pentru sarcini şi scopuri dragi. În aceste circumstanţe, componenta narcisică a experienţei totale a iubirii este în esenţă una subsidiară. Investirile narcisice contribuie la intensitatea şi savoarea experienţei iubirii pacientului; totuşi, investirile instinctuale centrale sunt de ordin obiectual-libidinal.

3. Un alt rezultat important nonspecific al analizei sistematice a poziţiilor narcisice este, în fine, dezvoltarea capacităţii iubirii de obiect în urma consolidării experienţei Sinelui, dar şi a coeziunii mai puternice şi a delimitării mai clare a Sinelui. Aşa cum, odată cu o mai bună coeziune a Sinelui, creşte şi capacitatea Eului de a performa o varietate de sarcini (de ex.: scopuri profesionale), la fel se întâmplă şi cu funcţionarea Eului ca centru executiv al iubirii de obiect. Subliniem aici un fapt evident în termeni dinamici, fenomenologici şi comportamentali: cu cât o persoană este mai sigură de propria ei acceptabilitate, cu atât are un sentiment mai sigur legat de cine este ea şi cu cât este mai solid internalizat sistemul ei de valori — cu atât mai sigură de sine şi mai eficientă va fi în arta de a oferi iubire (cu atât mai bine va şti să îşi extindă investirile obiectual-libidinale), fără frica excesivă de respingere şi umilinţă.

Dezvoltări progresive și integrative în aria narcisică

Rezultatele primare şi esenţiale ale tratamentului psihanalitic al personalităţilor narcisice se petrec în aria narcisică, iar schimbările realizate constituie, în majoritatea cazurilor, rezultatele cele mai semnificative şi decisive din punct de vedere terapeutic. De vreme ce marea majoritate a prezentei monografii s-a ocupat cu aceste dezvoltări terapeutice progresive şi integrative din aria narcisică, mă voi concentra să expun în acest scurt rezumat doar câteva dintre

noile atribute psihice complexe dobândite ce nu au fost suficient discutate anterior.

1. În aria imagoului părintelui idealizat sunt atinse următoarele rezultate terapeutice prin integrarea funcţională în Eu şi în Supraeu a acestei configuraţii narcisice.

a. În timp ce aspectele preoedipiene timpurii (arhaice) ale imagoului părintelui idealizat sunt dezinvestite, ele sunt integrate într-o formă neutralizată şi devin o parte din structura de bază a Eului ce controlează şi canalizează pulsiunile. Altfel spus, psihicul pacientului preia treptat (şi discret) funcţiile neutralizatoare care controlează şi canalizează pulsiunile, lucru pe care pacientul îl făcea anterior doar atât timp cât se simţea fuzionat cu analistul idealizat (şi ataşat de el).

b. În timp ce aspectele târzii preoedipiene şi oedipiene (mai bine diferenţiate) ale imagoului părintelui idealizat sunt dezinvestite, ele sunt internalizate şi depozitate în Supraeu. Acest pas duce la idealizarea acestei structuri psihice şi, în consecinţă, la întărirea valorilor şi standardelor pe care le poartă. Cu alte cuvinte, Supraeul pacientului funcţionează tot mai mult ca o sursă semnificativă de conducere, ghidare şi aprobare entuziasmată, oferind astfel beneficii în aria integrării Eului şi a homeostaziei narcisice, calităţi care anterior i-au fost disponibile pacientului doar atâta timp cât s-a simţit conectat cu analistul idealizat şi a simţit că primeşte un răspuns din partea lui.

2. În aria Sinelui grandios sunt atinse următoarele rezultate terapeutice prin integrarea funcţională graduală în Eu a celor două aspecte majore ale acestei configuraţii:

a. Grandiozitatea infantilă se integrează treptat în ambiţiile şi scopurile personalităţii şi ajunge nu doar să ofere vigoare dorinţelor mature ale persoanei, ci şi să susţină un sentiment pozitiv al dreptului la succes. În circumstanţe optime, acest „sentiment de învingător“ (Freud 1917c/2010, p. 316) reprezintă deci un derivat total îmblânzit, dar activ al absolutismului solipsist anterior al psihicului infantil.

b. Libidoul exhibiţionist arhaic, într-o formă controlată gradual (neutralizată), este retras pas cu pas dinspre scopurile infantile de satisfacţie directă a afişării

brute. În schimb, ajunge să infuzeze activităţi ale personalităţii adaptate la realitate şi semnificative din punct de vedere social. Exhibiţionismul anterior provocator de ruşine devine astfel o sursă majoră pentru stima de sine a pacientului şi pentru plăcerea egosintonică provocată de acţiunile şi succesele lui.

3. Deşi procesul de perlaborare al transferului narcisic trebuie privit ca o împlinire a personalităţii totale, el depinde totuşi de mobilizarea terapeutică a poziţiilor narcisice arhaice. Astfel, duce la achiziţionarea unor atribute intens valorificate la nivel socio-cultural (empatia, creativitatea, umorul şi înţelepciunea) care s-au îndepărtat atât de mult de la punctele lor de origine, încât par să fie nişte calităţi total autonome ale straturilor cele mai mature din psihic. Mai departe în acest capitol, voi comenta asupra acestor patru atribute pentru că înţelegerea rolului şi funcţionării lor, a încetinirii sau a perturbării lor (dar şi a apariţiei lor în procesul terapeutic) este de o importanţă crucială pentru evaluarea scopurilor terapeutice în analiza tulburărilor de personalitate narcisică.

Empatia

Empatia este un mod de cunoaştere acordat în mod specific la percepţia configuraţiilor psihice complexe. În condiţii optime, Eul va utiliza observaţia empatică atunci când este confruntat cu o acumulare de date psihologice, dar va folosi moduri non-empatice de percepţie când datele pe care le adună nu au de-a face cu aria vieţii interne a omului.[73] Există numeroase perturbări patologice în utilizarea empatiei, iar percepţiile eronate asupra realităţii pot fi clasificate în două grupuri distincte.

1. În primul grup intră utilizarea neadecvată a empatiei în observarea ariilor din afara câmpului stărilor psihice complexe. Această utilizare a empatiei în observarea câmpului nonpsihic conduce la o percepţie greşită, pre-raţională şi animistă a realităţii şi reprezintă, în general, manifestarea unui infantilism perceptiv şi cognitiv.

Și în psihologia științifică, empatia este un instrument limitat în ce privește colectarea de date psihologice; de una singură, ea nu oferă explicații despre datele respective. Cu alte cuvinte: este doar o modalitate de observare. Obținerea de date trebuie urmată de ordonarea lor și de investigarea interconexiunilor (de exemplu, a cauzelor) dintre fenomenele observate (Hartmann, 1927). În consecință, dacă empatia, în loc să se limiteze la rolul său (cel de colectare de date), începe să înlocuiască fazele explicative ale psihologiei științifice (făcând ca psihologia științifică să rămână doar un domeniu bazat pe metoda înțelegerii, verstehend, fără să mai aibă vreo funcție explicativă, fără să mai fie deci și erklärend — vezi Dilthey, 1924; Jaspers, 1920), vom asista la deteriorarea standardelor științifice și la o regresie sentimentală către subiectivism, către un infantilism cognitiv în aria activităților științifice ale omului.

2. Al doilea grup cu defecte perceptuale relevante provine din eșecul utilizării empatiei în observarea câmpului psihic, în particular, al configurațiilor psihice complexe. Înlocuirea empatiei din această arie cu alte moduri de observare duce la o concepție mecanică și lipsită de viață asupra realității.

În acest grup de erori, cele mai serioase defecte în utilizarea empatiei sunt cele de ordin primar; acestea sunt cauzate de fixații și regresii narcisice, mai ales în aria stadiilor arhaice din dezvoltarea Sinelui. Ele pot fi atribuite perturbărilor timpurii din relația mamă-copil (cauzate de răceala emoțională a mamei, de absența unui contact consecvent cu mama, de răceala afectivă congenitală a bebelușului, de retragerea mamei din fața unui bebeluș neresponsiv etc.). Aceste perturbări par să ducă simultan la eșecul stabilirii unui imago al părintelui idealizat (ceea ce duce totodată la o întârziere a primelor stadii ale interacțiunii empatice dintre bebeluș și mamă) și la o hiperinvestire și o fixație la stadiile primitive (autoerotice) ale Sinelui corporal și la (pre)stadiile arhaice ale Sinelui grandios. Dezvoltarea Sinelui grandios este de asemenea încetinită de lipsa răspunsurilor admirative din partea mamei, de care copilul are nevoie.

Perturbările mai rare ale empatiei — precum eșecul anumitor analiști în formare de a atinge atitudinea empatică necesară vizavi de analizanzii lor — par să fie de ordin secundar. Ele reprezintă formațiuni reacționale împotriva empatiei greșite, fiind de obicei niște inhibiții cauzate de o apărare față de tendința de percepere animistă a lumii. Aceste interferențe în utilizarea empatiei trebuie, în cele mai

multe situații, să fie înțelese ca o parte dintr-o tulburare generală a personalității de tip obsesiv-compulsiv. Astfel, inhibiția este cauzată de formațiuni reacționale stabile ce fie refulează credințe magice și tendințe animiste (cum se întâmplă adesea), fie neagă sau clivează aceste credințe.

Ocazional, empatia este considerată ca fiind echivalentul intuiției, ceea ce duce la un contrast fals între (a) reacțiile intuitiv-empatice sentimentale și subiective (deci neștiințifice) față de emoțiile celorlalți; respectiv (b) evaluarea sobră și obiectivă (științifică) a datelor psihologice.

Totuși, intuiția nu este în principiu legată de empatie. Reacțiile, judecățile, recunoașterile sau percepțiile ce îl surprind pe observator ca și cum ar fi apărut în mod intuitiv nu sunt, în esență, după toate probabilitățile, foarte diferite de reacțiile, judecățile etc. non-intuitive, exceptând viteza cu care este prelucrată informația mentală. De exemplu, o abilitate medicală de diagnosticare a unui clinician experimentat și cu har poate da impresia unui observator că acel clinician este intuitiv. Totuși, în realitate, rezultatul este pur și simplu datorat faptului că mintea antrenată a medicului cu har a colectat și cernut cu foarte mare viteză (și în mare parte preconștient) un număr mare de detalii. Și mai departe, ca un computer specializat, a evaluat diversele combinații. În consecință, ceea ce numim noi intuiție este, în principiu, reductibil la niște activități mentale efectuate foarte repede. Și care nu sunt atât de diferite de acele activități mentale care nu ni se mai par atât de neobișnuite. Totuși, trebuie adăugat aici că existența unei credințe în magie, atât la cel care efectuează actele mentale intuitive (ce reiese din dorința lui de a menține o omnisciență nealterată a unui Sine grandios arhaic), cât și la cel care privește (ce provine din nevoia lui pentru un imago impozant al părintelui idealizat), poate să contribuie, desigur, la rezistențe care se opun desfacerii realiste a actelor intuitive în componentele subiacente.

Talentul, antrenamentul și experiența se vor combina uneori pentru a produce rezultate, în diverse domenii, care ni se par a fi „intuitive“. Astfel, putem vedea „intuiția“ la lucru nu doar în observația empatică a stărilor psihice complexe (ca în psihanaliză), ci și în diagnosticul medical, în deciziile strategice ale unui jucător de șah sau în planificarea experimentelor unui fizician. Pe de altă parte, procesele non-intuitive minuțioase, ce au un ritm încet, nu sunt restricționate doar la cercetarea non-empatică a lumii fizice, ci pot fi folosite și în observarea empatică. De fapt, putem spune că una din contribuțiile specifice ale psihanalizei este aceea de a fi transformat empatia intuitivă a artiștilor și a poeților în

instrumentul observaţional al unui cercetător ştiinţific cu experienţă. Mai departe, e desigur posibil ca anumite judecăţi ale unor clinicieni psihanalitici experimentaţi să pară observatorului că sunt la fel de „intuitive“ ca diagnosticul analog efectuat, să zicem, de un internist.

Psihologul care lucrează pe baze ştiinţifice, în general, şi psihanalistul, în particular, nu doar că trebuie să aibă acces liber la empatie; ei trebuie, de asemenea, să fie capabili să se despartă de atitudinea empatică. Dacă nu pot fi empatici, atunci ei nu pot observa şi colecta datele de care au nevoie; dar dacă nu pot trece dincolo de empatie, atunci ei nu pot stabili ipoteze şi teorii şi, astfel, în final, nu pot ajunge la explicaţii.

Făcând un pas către un context mai larg, pot adăuga aici că şi contrastul dintre colectarea de date prin empatie şi procesele mentale prin care se caută explicaţii este legat (deşi nu corespunde în totalitate) de antiteza evocată în mod obişnuit între practică şi teorie. Chiar şi munca clinică conduce doar la rezultate efemere dacă nu include şi o sporire a înţelegerii (insighturi), care este dincolo de empatie. Iar munca teoretică căreia îi lipseşte contactul continuu cu materialul ce poate fi observat doar cu ajutorul empatiei devine sterilă şi goală. Şi va avea tendinţa să se preocupe cu subtilităţile mecanismelor şi structurilor psihice şi să piardă contactul cu amploarea şi profunzimea trăirilor umane pe care trebuie să se bazeze, până la urmă, toate perspectivele psihanalitice.

Având în vedere aceste fapte, sarcina specifică a analizelor de formare o reprezintă slăbirea poziţiilor narcisice ale studentului-analizand în acele sectoare ale personalităţii ce sunt legate de capacităţile lui empatice. Succesul proceselor de perlaborare din această arie este relevat când vedem că dominaţia Eului a fost stabilită, deci că studentul a dobândit o capacitate liberă (autonomă) de a folosi şi de a renunţa, după caz, la atitudinea empatică, în funcţie de exigenţele sarcinii profesionale.

Faptul că o serie de perturbări specifice ale capacităţii empatice a analiştilor şi unii factori din istoricul lor de viaţă sunt responsabili pentru (a) dezvoltarea viguroasă a empatiei (şi în mod indirect pentru alegerea unei cariere ce necesită utilizarea empatiei), dar şi pentru (b) încetinirea sau dezvoltarea deviantă a empatiei a fost deja discutat (capitolul 11) şi nu va mai fi reluat în acest punct. Totuşi, voi face nişte remarci privitoare la aprofundarea, rafinarea şi lărgirea capacităţii empatice a analizandului, ca urmare a mobilizării terapeutice a narcisismului său arhaic îngheţat. În general, o analiză de succes a unei

personalităţi narcisice (fie că e vorba de o analiză de formare sau doar de una terapeutică) va duce la creşterea capacităţii empatice, în timp ce, simultan şi destul de des, va avea tendinţa să diminueze intuitivitatea sa anterioară. Dacă această diminuare a intuitivităţii este autentică sau doar subiectivă este greu de evaluat, de vreme ce schimbarea psihică ce stă la baza slăbirii înclinaţiei de a ajunge la concluzii şi decizii intuitive provine din înlocuirea gândirii magice şi a dorinţei de omniscienţă cu logica (inductivă), cu empirismul şi acceptarea limitelor realiste ale cunoaşterii şi ale capacităţilor cognitive, fie că e vorba de scopuri psihologice sau nonpsihologice. În multe situaţii, abandonarea actelor mentale intuitive este datorată pur şi simplu diminuării nevoii de a le mai folosi, cât şi dobândirii unei noi capacităţi de a nu mai recurge la judecăţi pripite şi de a tolera amânările ce sunt impuse de observaţia detaliată şi de evaluarea atentă a datelor.

Există, totuşi, şi excepţii, în special la persoanele ce şi-au construit nişte formaţiuni reacţionale puternice împotriva gândirii magice şi a încrederii în propria lor omniscienţă — tendinţe psihice ce sunt asociate cu fixaţii la cele două configuraţii narcisice arhaice majore. Creşterea raţionalităţii pe care analiza mobilizării narcisismului o furnizează poate să aibă ca rezultat o mai mare libertate nu doar în modul în care se fac observaţiile şi în modul în care se evaluează sensul şi semnificaţia lor, ci şi în modul în care se ajunge la aceste observaţii şi evaluări în mod preconştient şi într-o manieră rapidă (în locul unui proces greu, laborios şi neimaginativ, aşa cum am văzut în situaţia anterioară).

Oricare ar fi tendinţa privitoare la intuitivitate, extinderea empatiei în analizele de succes este întotdeauna un efect aşteptat. Mobilizarea structurilor narcisice arhaice şi perlaborarea lor atât în aria imagoului părintelui idealizat, cât şi a Sinelui grandios conduc la creşterea capacităţii empatice. În cazul imagoului părintelui idealizat, se dezvoltă mai mult aria empatiei pentru ceilalţi; în cazul Sinelui grandios, creşte capacitatea de empatie faţă de propria persoană (empatia analizandului pentru trăirile proprii din trecut sau pentru diversele trăiri din prezent; sau empatia anticipatorie legată de cum va fi, cum se va simţi sau cum va reacţiona el în viitor). Deşi pacienţii resimt întotdeauna extinderea şi aprofundarea empatiei ca fiind o experienţă plăcută şi îşi exprimă profunda gratitudine pentru acest rezultat al analizei, pot apărea destule rezistenţe care să blocheze progresul analitic din această direcţie specifică sau care să inverseze pentru o vreme acest proces.

Deoarece factorii din istoria pacientului reponsabili pentru perturbările empatiei

variază mult (vezi capitolul 11), rezistenţele corelate în achiziţionarea sa în analiză sunt de asemenea diferite. Dacă, aşa cum este de cele mai multe ori cazul, perturbarea empatică are în primul rând legătură cu lipsa de empatie a părinţilor (sau cu empatia lor nefiabilă), atunci copilul s-a înconjurat de anumite dispozitive de distanţare afectivă, menite să îl protejeze de dezamăgirile traumatice cauzate de faptul că nu e înţeles şi nu i se răspunde în mod adecvat. (Comparaţi consideraţiile de faţă cu discuţiile legate de apărările personalităţii schizoide din capitolul 1.) Când uşa către răspunsurile empatice este din nou deschisă în cursul analizei configuraţiilor narcisice remobilizate, pericolele la care psihicul se simte expus în această arie sunt următoarele: (1) În ciuda dorinţei conştiente de a fi în contact empatic cu ceilalţi şi în ciuda plăcerii imediate pe care o stimulează în analizand sesizarea empatică a stării mentale a celuilalt, plăcerea este deseori urmată de o stare de excitare şi stimulare dureroasă, de o anxietate privitoare la pericolul experienţelor regresive de tipul fuziunii. Aceste experienţe pot apărea ocazional sub forma unor iluzii temporare privind identitatea corporală cu cealaltă persoană, ceea ce duce la încercarea de a lega sau descărca tensiunile prin sexualizarea lor masivă (vezi discuţia generală asupra acestor stări traumatice în capitolul 8). (2) Rezistenţele care vin dintr-un nivel mult mai avansat al funcţionării psihice decât cele motivate de dezechilibrul psiho-economic menţionat mai sus sunt legate de fricile de pasivitate, deci sunt trăite de obicei de bărbaţi ca un pericol de submisivitate feminină. Fricile faţă de astfel de pericole tind să apară ca răspuns la noua înţelegere empatică dobândită — pacientul înţelege că şi analistul este o fiinţă umană ce este capabilă să răspundă analizandului cu emoţii şi empatie.

Protecţia pe care izolarea narcisică i-o asigură personalităţii şi pericolul conţinut în renunţarea la această asigurare (sentiment intensificat când analiza oferă posibilitatea contactului empatic cu o altă persoană şi a participării în lume) au fost portretizate în mod mişcător de pacientul Q. într-un vis. Acest bărbat şi-a pierdut mama în copilăria foarte timpurie şi a pierdut mai apoi multe alte figuri materne. A visat că era singur în casa sa, că alături avea echipamentul de pescuit şi că privea pe fereastră. Totuşi, şi-a dat seama că de fapt casa se afla pe fundul lacului şi, că imediat ce ar fi deschis fereastra să pescuiască, tot lacul ar fi inundat casa şi el s-ar fi înecat.

Forme mai blânde ale unor astfel de rezistenţe iau de multe ori chipul respingerii înţelegerii pe care o oferă analistul, deoarece este considerată a fi condescendentă. Iar empatia, mai ales când este însoţită de o atitudine prin care analistul doreşte să vindece în mod direct prin înţelegerea lui iubitoare, poate

într-adevăr să devină apăsătoare şi agasantă. Căci poate să aibă la bază nişte fantasme de omnipotenţă pe care analistul nu şi le-a rezolvat. Chiar dacă analistul şi-a elaborat şi depăşit dorinţa de a vindeca în mod direct prin magia înţelegerii sale iubitoare şi chiar dacă analistul nu este condescendent faţă de pacient (căci vede în empatie un instrument de observare şi de comunicare adecvată), simplul fapt că pacientul renunţă la apărările sale şi acceptă posibilitatea de a fi înţeles în mod empatic şi de a i se răspunde îl va expune la frica arhaică faţă de dezamăgirile timpurii. Temporar, pacientul poate deveni suspicios şi s-ar putea să aibă sentimentul că analistul îi manipulează mintea, că analistul îl manipulează sadic cu scopul de a-l dezamăgi etc. Aceste atitudini paranoide temporare apar destul de des, dar oricât de alarmante ar părea, ele sunt de obicei efemere şi pot fi rezolvate prin interpretări corecte la nivel dinamic şi genetic. Totuşi, oricare ar fi vicisitudinile rezistenţelor, se vor observa cu mare regularitate două fenomene ce apar în urma unei analize realizate adecvat în cazul personalităţilor narcisice. În primul rând, se vede o creştere graduală a capacităţii de a fi empatic faţă de ceilalţi şi, în al doilea rând, se constată o sporire graduală a acceptării faptului că şi ceilalţi vor putea să sesizeze sentimentele, dorinţele şi nevoile pacientului.

Creativitatea

Şi creativitatea se poate ivi, aparent spontan, în cursul multor analize ale personalităţilor narcisice. Fie că ne referim la noua capacitate de a performa o gamă restrânsă de sarcini cu o iniţiativă plină de zel, fie că avem în vedere apariţia unor scheme artistice inventive sau întreprinderea unor activităţi ştiinţifice, apariţia sa este din nou legată în mod specific de mobilizarea investirilor narcisice anterior îngheţate, atât în aria Sinelui grandios, cât şi în ce priveşte imagoul părintelui idealizat.

Mai întâi, voi face referire la o problematică relativ subtilă, anume dacă nu doar căutările artistice, dar şi cele ştiinţifice ar trebui considerate drept activităţi creative. Independent de întrebarea dacă astfel de activităţi sunt întreprinse în mod spontan sau ca o consecinţă a schimbărilor structurale, dinamice şi psiho-economice produse în timpul analizei, este necesar să examinăm această

întrebare teoretică deoarece activităţile ştiinţifice şi artistice cresc şi descresc în cursul analizei tulburărilor de personalitate narcisică în acelaşi context esenţial: ele constituie transformările narcisismului arhaic anterior al analizandului.

Din punct de vedere obiectiv, o diferenţiere strictă dintre ştiinţă şi artă este justificată prima facie. Distincţia se bazează pe afirmaţia că ştiinţa reprezintă descoperirea unor formaţiuni pre-existente, pe când arta introduce noi configuraţii în lume (Eissler, 1961, p. 245 şi urm.). Totuşi, chiar şi în sensul obiectiv (lăsând deci la o parte procesele psihice implicate în descoperirea ştiinţifică şi producţia artistică), această diferenţiere de bază nu este atât de clară pe cât pare la prima vedere. Descoperirile ştiinţifice măreţe nu se rezumă la descrierea unor fenomene pre-existente, ci ele oferă lumii un nou mod de a vedea fie semnificaţia lor, fie relaţiile dintre ele. Şi un mare om de ştiinţă ce face o descoperire de pionierat poate canaliza dezvoltarea ştiinţifică într-o direcţie specifică, la fel cum un geniu artistic ce creează un nou stil poate să determine direcţia în care domeniul său se va dezvolta. Dacă ne închipuim că ştiinţa nu avea de ales decât direcţia pe care a apucat-o, s-ar putea să supraestimăm de fapt imaginea noastră ştiinţifică asupra lumii.[74] Pe de altă parte, nu trebuie să uităm nici faptul că unele dintre marile opere de artă nu sunt creaţii noi, ci reprezintă reflexia a ceva pre-existent, imortalizat prin aplicarea (selectiv creativă) a pigmentului pe pânză sau a limbajului pe pagina tipărită. Cu toate acestea, dacă evaluăm şi comparăm realizările ştiinţifice şi cele artistice în cadrul obiectiv non-psihologic, vom fi înclinaţi să direcţionăm atributul creativităţii către realizările artistice şi să spunem că am vorbit mai degrabă metaforic când ne-am referit la „creativitatea“ ştiinţifică.

Dacă ne îndepărtăm de evaluarea obiectivă şi mergem către o comparaţie între personalitatea unui om de ştiinţă şi cea a unui artist şi către examinarea relaţiei psihice dintre un om de ştiinţă şi un artist cu lucrările lor, atunci aria acestei problematici apare sub o altă lumină şi pot fi făcute alte diferenţieri. Mai ales dacă examinarea în cauză are loc în cadrul specific al acestui studiu, deci cu referire la dezvoltarea investirilor narcisice.

Vorbind mai pe larg, investirile narcisice ale artistului au tendinţa să fie mai puţin neutralizate decât cele ale omului creator de ştiinţă, iar libidoul exhibiţionist pare să oscileze cu mai multă fluiditate între artistul însuşi şi produsul său investit narcisic, în comparaţie cu situaţia omului de ştiinţă. Spus altfel, un control prea strict asupra exhibiţionismului artistului va tinde să interfereze cu productivitatea sa, în timp ce, pe de altă parte, intruziunile unui

Sine grandios nemodificat şi ale unor cereri exhibiţioniste ale unui Sine grandios vor constitui un obstacol pentru o producţie ştiinţifică validă.

O comparaţie între aroganţa încântătoare şi exhibiţionismul tânărului Freud din scrisorile către Fluss[75] şi creşterea ulterioară a controlului asupra oricărei dorinţe de satisfacere exhibiţionistă (vezi atenţia lui vigilentă asupra elementului ipocrit şi magic conţinut în mesajele de mulţumire; neparticiparea sa la evenimente organizate pentru a fi celebrat în mod public) reprezintă o bună ilustrare a curbei tipice din dezvoltarea personalităţii unui om de ştiinţă. Cu alte cuvinte, marele om de ştiinţă, aşa cum este exemplificat de Freud, devine din ce în ce mai puţin tolerant cu stimularea directă a exhibiţionismului său personal şi se rezumă la îndreptarea investirilor narcisice (neutralizate şi inhibate în privinţa scopului) asupra muncii sale.

În consecinţă, se poate spune că, în general, munca unui om de ştiinţă implică investiri narcisice mult mai neutralizate şi un amestec mai mare de investiri obiectuale decât cele folosite în opera de artă. Această diferenţă devine şi mai clară când luăm în calcul faptul că un produs artistic, odată ce a fost finalizat de către artist (fie el compozitor, sculptor, pictor; fie poet sau romancier), a devenit sacrosant şi, în principiu, nu poate fi modificat de un altul, indiferent de imperfecţiuni şi oricare ar fi potenţialul de îmbunătăţire. Opera unui artist este inconştient recunoscută a fi invariabil legată de personalitatea creatorului ei şi nu trebuie modificată prin intervenţiile altcuiva. Diferenţa cu privire la creaţiile ştiinţifice este evidentă. Când un om de ştiinţă a formulat o nouă teorie şi un alt om de ştiinţă detectează o eroare în cadrul teoriei şi modifică formularea precedentă, el nu atacă munca anterioară lui. Dimpotrivă, el recunoaşte cu mulţumirile de rigoare că noua descoperire sau noua îmbunătăţire nu ar fi fost posibilă fără munca precedentă, deşi aceea a fost parţial greşită sau incompletă. Cu alte cuvinte, munca unui om de ştiinţă este mult mai depărtată de personalitatea celui care o produce şi este privită mai mult ca un obiect independent decât ca o operă aparţinând artistului.

Deşi ar mai fi necesare nişte mici nuanţări în legătură cu afirmaţiile precedente, eu cred că sunt adevărate dacă le privim ca o expresie a întregului ansamblu. Nu sunt deci de părere că descoperirea unui om de ştiinţă trebuie privită ca asemănătoare unei opere de artă şi că trebuie să reacţionăm la ea ca şi cum ar fi un produs artistic. Totuşi, trebuie admis că în domeniul artei există într-adevăr cazuri de mari lucrări executate de maeştri anonimi (sau de grupuri de artişti sau succesori ai artiştilor) ce par să contrazică regula că opera de artă este intim şi

intrinsec îmbinată cu creatorul ei. Exemple relevante sunt reprezentate de sculpturile şi catedralele din Evul mediu, în special de cele din perioada gotică timpurie. Privitor la acele sculpturi este evident faptul că deşi creatorul este necunoscut, noi tot reacţionăm la creaţia sa ca fiind o expresie nealterată a reprezentării sale artistice. De exemplu, nimeni nu ar considera că ar trebui înlocuit un nas sau o ureche de formă imperfectă ce aparţine unei Sfintei Fecioare (înfăptuită de un artist anonim) cu o altă formă mai plăcută. Totuşi, privitor la succedarea constructorilor marilor catedrale gotice, situaţia este puţin mai complicată. Sunt oare aceste creaţii artistice, în care investirile narcisice ale creatorului par să fie neutralizate, iar produsul final este independent de creatorul său, mai aproape de produsul ştiinţific? Oare vastitatea sarcinii de ridicare a unei catedrale, care ab initio se bazează pe eforturile devotate ale unor generaţii succesive de constructori, mai poate fi comparată cu alte strădanii artistice ale omului?

Aceste întrebări nu îşi vor găsi răspunsul aici. Este suficient să recunoaştem că, prin comparaţie cu omul de ştiinţă, artistul investeşte în munca sa, în general, mai puţin libido narcisic neutralizat şi rămâne mult mai identificat cu produsul său. Totuşi, nu este recomandat să întărim aceste diferenţe. Ele nu sunt bazate pe criterii calitative, ci pe evaluarea gradului de neutralizare a energiilor narcisice investite în operă. Mai departe, nu încape îndoială, aşa cum am menţionat mai sus, că activităţile ştiinţifice şi artistice întâlnite în anumite stadii din analiza tulburărilor de personalitate narcisică sunt fenomene analoage şi ocupă poziţii similare în procesul analitic. În consecinţă, privitor la discuţia clinică ce urmează, cele două activităţi nu vor fi separate, ci examinate împreună. Ele constituie o cale importantă pentru direcţionarea investirilor narcisice, prin transformarea lor în cursul psihanalizei personalităţilor narcisice.

Există momente când Eul relativ nepregătit al pacientului se confruntă cu fluxul brusc al libidoului narcisic anterior refulat. Iar avântul activităţilor ştiinţifice sau artistice ce apar frecvent ca o măsură de urgenţă în timpul acestor faze din procesul de perlaborare din analiza personalităţilor narcisice este în general unul temporar. Dacă procesul de perlaborare este urmat cu conştiinciozitate, libidoul grandios-exhibiţionist sau cel idealizant va fi de obicei investit într-un număr de distribuiri stabile (de exemplu, în întărirea stimei de sine sau în formarea unui ideal) ce au fost indicate mai devreme. Iar activităţile artistice sau ştiinţifice evidente, care au fost temporar mobilizate, vor slăbi din nou (vezi de exemplu, scurta carieră de dansatoare a dnei F.).

Totuşi, situaţia diferă, desigur, când activitatea sublimatorie nu este instituită de novo în timpul analizei tulburărilor de personalitate narcisică, iar libidoul narcisic eliberat poate să curgă spre tiparele de activitate artistică sau ştiinţifică deja preformate. Până la un punct, astfel de tipare preformate există probabil la toţi pacienţii care se folosesc de acest beneficiu al dezvoltării energiilor lor narcisice. Deoarece aproape în fiecare perioadă de adolescenţă are loc o experimentare a creativităţii. Dar există o diferenţă cantitativă decisivă între cei care, odată cu trecerea adolescenţei, abandonează întregul interes pentru scopurile creative şi cei care se ţin de creativitate, indiferent de dificultăţile emoţionale şi inhibiţiile lor. În aceste cazuri se poate vedea foarte clar cum, pas cu pas, remobilizarea terapeutică a investirilor narcisice va îmbogăţi interesul vizavi de sublimare (menţinut până atunci într-o formă precară). Şi cum un hobby aparent nesemnificativ poate deveni o activitate profund satisfăcătoare care — fiind un bonus neaşteptat, dar bine-venit — poate chiar să se transforme într-un suport extern pentru stima de sine a pacientului, prin aprobarea publică a realizărilor sale. Obligaţia de a proteja identitatea pacientului ne împiedică să expunem în detaliu felul în care configuraţiile narcisice anterior asociale pot fi transformate până la urmă într-un produs artistic sau ştiinţific semnificativ.

De exemplu, activităţile artistice ale dlui E. păreau să fie efectuate la început doar ca o măsură de urgenţă ce îi permitea să-şi menţină echilibrul în timpul unei grele separări de analist pe timp de weekend (vezi capitolul 5). Totuşi, pe măsură ce analiza a progresat, acest pacient s-a îndreptat cu un devotament crescând şi cu succes către anumite scopuri creative artistice ce aveau o oarecare legătură cu măsura de urgenţă mai sus menţionată, dar nu mai erau la fel. Acest fapt a prilejuit negreşit o reutilizare a acelor investiri narcisice ce anterior l-au împins către activităţile voaioriste periculoase, perversiune ce exprima nevoile sale arhaice de fuziune apărute în copilăria târzie în cadrul frustrării unor nevoi exhibiţioniste. Activităţile de sublimare, către care şi-a devotat treptat energiile, i-au oferit un beneficiu (vizual) acceptabil pentru nevoile lui de contact, de a căror intensitate îţi dai seama de la o primă analiză a istoricului său timpuriu. A fost un copil născut prematur ce a fost ţinut într-un incubator; chiar şi după ce a fost adus acasă, abia era atins de părinţii lui; în timpul copilăriei târzii, mama lui a devenit treptat foarte bolnavă şi indisponibilă pentru el. Până la urmă a murit când el avea şaisprezece ani. Munca artistică în care s-a implicat în timpul stadiilor finale din analiza sa nu doar că i-a permis o descărcare sublimată a nevoilor sale de contact şi fuziune, dar a şi devenit o sursă importantă de aprobare externă şi chiar de succes financiar.

În ciuda fundalului vicisitudinilor transferului-oglindă, a fost foarte instructiv — pentru analist şi pentru pacient — să observe şi să înţeleagă mişcările de du-te-vino dintre (a) exprimarea arhaică a nevoilor sale de fuziune prin regresii temporare la impulsuri perverse (şi chiar prin trăiri halucinatorii trecătoare ale fuziunii cu mama sa moartă) şi (b) activităţile artistice sofisticate de care devenise capabil. În timpul fazelor timpurii din analiză pacientul era incapabil să-şi urmeze munca sa artistică atunci când era separat (spaţial sau temporal) de analist sau când simţea că nu este înţeles (în mod empatic). Mai târziu a devenit din ce în ce mai capabil să tolereze distanţa şi amânarea şi putea să îşi continue munca chiar şi când analistul nu îl înţelegea sau când pacientul simţea că analistul era mai retras emoţional vizavi de el. Deoarece acum putea să anticipeze întoarcerea la acea intimitate empatică.

Capacitatea dlui E. de a construi o sublimare artistică solidă (deşi nu excepţională) nu reprezintă o regulă pentru toţi pacienţii cu probleme similare. Fără îndoială, el a fost capabil să folosească elaborarea artistică pentru că avusese deja experienţe de creativitate artistică şi până să intre în analiză. Majoritatea sublimărilor de acest tip (precum perioada de dans a dnei F.) apar doar trecător şi încetează imediat ce noul libido eliberat şi-a găsit o altă utilizare.

Vicisitudinile activităţilor artistice ale dlui E. din timpul analizei, mai ales din perioada tranziţională a stabilizării lor, anume înainte ca ele să ajungă la un grad de autonomie, demonstrează faptul că este necesar un minimum de perlaborare a stadiilor arhaice ale nevoilor narcisice, pentru a permite mai departe (prin maturizare şi dezvoltare) satisfacerea lor inhibată în privinţa scopului prin obiective artistice şi ştiinţifice sublimate. Simptomul voaiorist al dlui E. a apărut prima oară în copilăria sa târzie când mama lui nu a fost capabilă să îi răspundă adecvat la nevoile sale exhibiţioniste. Atunci când mama i-a arătat că nu era interesată să-i admire curajul cu care se dădea pe un leagăn din parcul de joacă, el s-a îndreptat către toaleta bărbaţilor şi spre voaiorism. Aceeaşi secvenţă a avut loc şi în analiză pentru perioade lungi de timp. De fiecare dată când nevoia pacientului pentru ecou sau aprobare empatică nu era înţeleasă de către analist sau era frustrată de acesta în alte moduri, activităţile de sublimare ale pacientului se deteriorau şi el avea tendinţa de a se întoarce la perversiunile sale.

Conexiunea intimă dintre nevoile de contact frustrate şi dorinţa persistentă de fuziune, care, oricum, s-a schimbat treptat într-o fuziune empatică, sublimată şi mai generală cu mediul şi care a dus la dezvoltarea unei atitudini mult mai sensibile asupra lumii, poate fi observată şi la anumiţi artişti, mai precis la unii

poeţi. De exemplu, tendinţa lui John Keats de a se identifica cu obiectele pe care le observa — chiar şi cu obiecte neînsufleţite precum mingile de biliard — ar putea părea ca fiind patologică dacă nu ar fi ajuns să se combine cu excepţionala sa capacitate de a comunica înţelegerea lui sensibilă, care putea fi menţinută atâta timp cât simţea că este sprijinit de atenţia şi aprobarea prietenilor lui (vezi Gittings, p. 152 şi urm.; în special, nota 2).

Când poetul susţine că se identifică cu mingea de biliard, el oferă o mărturie a naturii esenţial narcisice a relaţiei persoanei creative cu aspectele relevante ale mediului său. Totuşi, nu e nevoie să te bazezi exclusiv pe astfel de exemple majore pentru a oferi o dovadă pentru natura narcisică a actului creativ. Un minimum de potenţial creativ — indiferent cât de restrâns ar fi scopul său — există în aria experienţială a multor oameni şi natura narcisică a actului creativ (faptul că obiectul interesului creativ este investit cu libido narcisic) poate fi abordată prin autoobservarea obişnuită şi empatică. De exemplu, problemele intelectuale şi estetice nerezolvate creează un dezechilibru narcisic care împinge individul către o soluţie — fie că este vorba despre completarea unui puzzle, fie că este vorba despre locul perfect pentru noua canapea din sufragerie (vezi Zeigarnik, 1927). Rezolvarea unei probleme intelectuale sau estetice, mai ales când răspunsul corect devine clar într-o perioadă scurtă de timp produce întotdeauna un sentiment de plăcere narcisică. Iar acest sentiment este acompaniamentul emoţional al refacerii echilibrului narcisic.[76]

Un alt fenomen oarecum legat de această nevoie de contact empatic pentru menţinerea noii capacităţi de sublimare artistică poate fi observat — în afara ariei psihopatologice — când anumite personalităţi creative par să necesite o relaţie specifică (ca un transfer narcisic) în timpul perioadelor de creativitate intensă. Această nevoie este şi mai puternică în momentul în care descoperirile duc mintea creativă în zone izolate ce nu au mai fost explorate de alţii[77] până atunci. Tendinţa către izolare a minţii creative este şi palpitantă, dar şi înfricoşătoare — experienţa izolării repetă de fapt o frică traumatizantă din copilăria timpurie, anume frica de a fi singur, abandonat, lipsit de sprijin. Într-o astfel de situaţie chiar şi geniul poate alege o persoană din mediul său pe care să o perceapă ca fiind atotputernică şi cu care să fuzioneze temporar. Anumite tipuri de personalitate cu fixaţie narcisică (sau chiar cu aspecte borderline sau paranoide), cu încrederea lor aparent absolută în ei înşişi şi cu o siguranţă nestrămutată de sine, se pun în mod special în acest rol.[78] Astfel de transferuri ce sunt stabilite de minţile creative în perioadele de creativitate intensă sunt mult mai apropiate de transferurile ce apar în timpul analizelor personalităţilor

narcisice decât de transferurile din analizele nevrozelor de transfer. Cu alte cuvinte, avem de a face fie cu expansiunea unui Sine creativ (ce seamănă cu una dintre variantele transferului-oglindă) sau cu dorința de a obține forță de la un obiect idealizat (transfer idealizant), situație mult mai frecventă. Iar obținerea forței prin intermediul unui obiect idealizat se face prin reactivarea unei figuri din trecut care a fost investită cu libido obiectual. E posibil ca Fliess să reprezinte întruparea unui astfel de transfer narcisic pentru Freud în timpul perioadei celei mai creative a lui Freud. Iar Freud a fost capabil să îi transmită lui Fliess sentimentul iluzoriu al măreției și să îi atribuie lui acea relație narcisică după ce și-a finalizat marea sarcină creativă — acest proces este în contradicție cu dizolvarea prin insight a transferului nevrotic.

O relație precum cea descrisă mai sus poate, desigur, să se dezvolte nu doar în cazul unui om de știință aflat aproape de o descoperire crucială, dar și în cazul unui artist care trece printr-o perioadă de creativitate importantă. De exemplu, o scrisoare a lui Melville către Hawthorne[79] face aluzie, prin alegerea unei metafore, la intensitatea dorinței subiacente pentru aprobare din partea unei figuri idealizante și pentru fuziunea narcisică cu ea. Hawthorne, după cum se spune în scrisoare, bea din carafa vieții lui Melville. „Și când am pus-o pe buzele mele“, continuă Melville, „am văzut, iată, că buzele sunt ale tale, și nu ale mele. Simt că Divinitatea este ruptă în bucăți precum pâinea la cină și că noi suntem bucățile“. Și, după ce își imaginează viața și munca sa ca pe o scrisoare continuă către un mare prieten (și alter-ego), ajunge să invoce ultima garanție a fantasmei sale de fuziune: „Magnetul divin este în tine, iar magnetul meu îți răspunde. Care este mai mare? O întrebare prostească — ambele sunt una“.

Discuția precedentă privește situații de creativitate științifică și artistică ce apar în fazele de mijloc ale analizei. În cele ce urmează voi examina apariția unor activități sublimatorii similare din timpul fazelor de încheiere a tratamentului. Și în această situație, activitățile creative (artistice și științifice) tind în general să fie tot efemere. Totuși, ocazional, aceste achiziții par să fie de durată (vezi exemplul pacientului H. descris de mine în 1957, pp. 399–403, care, așa cum am descoperit din întâmplare, este încă implicat activ în obiectivele sale muzicale și la mai mult de zece ani după terminarea analizei).

Creativitatea în psihanaliză constituie o altă problemă ce merită o atenție specială. Impresia mea este că spre sfârșitul unei analize de formare de succes, transformarea pozițiilor narcisice poate duce, pe de o parte, la creșterea capacității empatice și la mutarea atenției non-defensive către problematici

psihologice aflate dincolo de graniţele psihicului analizandului. Pe de altă parte, se poate ajunge, ocazional, şi la impulsionarea creativităţii autentice. Ar fi de mare interes să se cerceteze relaţia dintre reziduurile psihopatologiei individuale şi domeniile predilecte de cercetare ale psihanaliştilor creativi. La fel ca în situaţia altor căutări ştiinţifice, creativitatea analiştilor este incitată de mai mulţi stimuli şi hrănită din mai multe surse, inclusiv din potenţialele conflicte patogene ale cercetătorului. Relaţia dintre creativitatea ştiinţifică a analistului şi psihopatologia sa este, totuşi, câteodată mai specifică decât în cazul activităţilor creative analoage din afara domeniului nostru. Creativitatea psihanalitică adevărată poate fi, cred eu, motivată de impulsul de a investiga anumite zone psihice ce au rămas incomplet elucidate în analiza personală. Fie că incompletitudinea analizei de formare este datorată unor rezistenţele interne ale analizandului (pe care analiza nu a putut să le învingă), fie că este cauzată de limitele analistul formator (de contratransfer), rezultatul va fi acelaşi: terapeutul începător va încerca să rezolve impasul prin re-analiză (vezi Freud, 1937a/2010) sau autoanaliză (Freud, 1937a/2010; şi M. Kramer, 1959). Iar când incompletitudinea travaliului analitic este, totuşi, cauzată de faptul că însăşi ştiinţa psihanalizei nu a ajuns încă la descoperiri relevante pentru zona neprocesată, atunci această lipsă poate deveni o forţă care să impulsioneze descoperirea unei soluţii creative suprapersonale.

Totuşi, trebuie adăugat că această forţă fecundă pentru o cercetare psihologică creativă (care este susţinută de stări de tensiune psihică reziduală după finalizarea analizei de formare) poate fi blocată dacă incompletitudinea analizei de formare nu este confruntată deschis şi este ignorată. Paradoxal, o eroare flagrantă la încheierea analizei didactice s-ar putea să nu blocheze neapărat calea spre eforturile creative viitoare. În schimb, ar reprezenta un mic adevăr sau o jumătate de adevăr, ceea ce este de fapt marele duşman al adevărului. Astfel, nicio căutare activă pentru o soluţie ştiinţifică dintr-o arie psihologică încă necercetată nu va fi iniţiată după terminarea analizei de formare dacă, la sfârşitul analizei, psihopatologia rămasă este ascunsă de noua anvergură a Eului. Acest fenomen se petrece în conformitate cu dorinţa analistului formator care, din cauza unei percepţii greşite sau a unei distorsiuni motivate narcisic, i-a comunicat analizandului credinţa eronată că Eul său a atins acum o stare adecvată de control, când de fapt nu s-a întâmplat aşa.[80]

Permiteţi doar să adaug aici că, în cazul unor analişti cu potenţial creativ, anumite aspecte nerezolvate ale transferului narcisic către analistul formator pot, în stadiile mai târzii ale analizei şi după încheiere, să se mute către imaginea lui

Freud, fondatorul ştiinţei noastre. Eforturile creative ale unor astfel de analişti ar putea să fie, în consecinţă, implicate într-o varietate de conflicte centrate pe imagoul patern al lui Freud. Fricile stârnite de pierderea transferului narcisic, de exemplu, pot să blocheze îndeplinirea paşilor cu adevărat originali ce ar putea transgresa în mod semnificativ scopul descoperirilor lui Freud. Dimpotrivă, ceea ce pare să se întâmple şi mai des, pierderea fuziunii narcisice cu imaginea tatălui arhaic (sau pierderea ecoului aprobator de la un imago arhaic insuficient internalizat) vor motiva atitudini rebele contrafobice. Acestea nu conduc la creativitate (deci nu ajută la extinderea frontierelor cunoaşterii dincolo de obiectivul cercetărilor lui Freud), ci vor duce (deseori foarte intens) la o atitudine critică vizavi de munca lui Freud. Rezultatul manifest — şi nu ne este greu să identificăm exemple relevante în literatura psihiatrică şi psihanalitică — poate fi deseori întâlnit sub forma unor polemici teoretice repetate care, totuşi, nu sunt urmate niciodată de emancipare, adică de o contribuţie pozitivă care ar putea constitui o extindere a înţelegerii noastre psihologice vizavi de sănătatea sau boala omului.

În general, analiştii au în timpul orelor de activitate terapeutică doar rare ocazii să observe activităţile de sublimare ale pacienţilor lor în profunzime şi în detaliu. Şi am impresia că o focalizare prea intensă asupra unor astfel de activităţi din timpul fazelor de început şi de mijloc ale analizei terapeutice servesc unui scop defensiv. Din perspectiva pacientului, aceste preocupări (din faza de început a analizei) cu munca ştiinţifică sau artistică pot proveni din acele mecanisme defensive ce sunt numite în mod obişnuit „fuga în sănătate“. Accentul excesiv al unui analist pus pe activităţile creative ale analizandului său poate, pe de altă parte, să trădeze tendinţa terapeutului de a înlocui demersul de extindere a stăpânirii Eului prin interpretare cu încercarea de a produce schimbări prin mijloace educaţionale şi sugestive. Iar acestea sunt realizate de obicei printr-o identificare masivă a pacientului cu analistul (vezi capitolul 7). În timpul fazelor terminale, în special în analiza personalităţilor narcisice, când pacientul ajunge într-adevăr la dizolvarea complicaţiilor transferenţiale cu analistul, întâlnim deseori variate activităţi creative sublimatorii utilizate non-defensiv. Ele constituie în mod frecvent o reînviere a unor demersuri similare din timpul perioadei de latenţă şi de adolescenţă.

De obicei, analiştii află destul de puţin despre dinamicile mai profunde ale acestor activităţi, neacordând atenţie materialului ce înconjoară apariţia lor temporară din timpul fazei de final a analizei. Cu toate acestea, ocazional, este posibil să descopere retrospectiv că forţele narcisice ce sunt acum direcţionate

către noul obiect al Sinelui (anume munca creativă) au fost active de mult mai devreme. Doar că ele au fost folosite în elaborarea noncreativă a stărilor de tensiune narcisică din cadrul transferurilor narcisice. Acest lucru e vizibil în mod particular în visele pacienţilor narcisici, care pot fi recunoscute drept precursori ai productivităţii artistice de mai târziu.

Exemplul următor de vis poate fi considerat un astfel de precursor al demersului artistic. A fost povestit de pacientul P., un bărbat talentat, sensibil, uşor paranoid, de aproximativ treizeci şi cinci de ani, care spre sfârşitul tratamentului său îndelungat a început să scrie numeroase nuvele — unele mi-au părut a fi bântuitor de frumoase. Aceste povestiri (de care ştiu deoarece pacientul a vorbit despre ele în timpul şedinţelor — unele dintre ele s-ar putea să fi fost publicate mai târziu) prezentau trăirile unui adolescent sau ale unui bărbat tânăr. Ele descriau însingurarea lui, înstrăinarea lui faţă de lume, sensibila lui preocupare de sine şi frica pentru posibila perturbare a echilibrului său psihic prin stimulări sexualizate majore (precum cele pe care le întâlneşte eroul său în cârciumi şi cluburi de striptease). Tot în aceste proze scurte era vorba despre căutarea unui prieten care, în esenţă, este similar cu pacientul şi care, prin empatia sa, putea să îl apere de pericolele suprastimulării traumatizante. Semnificaţia transferenţială specifică a acestor povestiri, scrise în momentele în care pacientul chiar avea de a face în timpul analizei cu pierderea iminentă a transferului de tip alter-ego, nu ne preocupă în contextul actual. Ce ne interesează este conexiunea dintre aceste creaţii artistice mai târzii şi elaborările timpurii (autoplastice) ale unor probleme similare care apar într-un vis mai vechi. Deşi pacientul avusese în timpul analizei un vis care fusese expresia directă a fricii reactivate de perturbarea periculoasă a echilibrului psihic, visul cel vechi pe care îl voi prezenta aici a putut fi lămurit, la modul aluziv şi analogic, prin raportare la cel din timpul terapiei. Vechiul vis a fost visat cu peste douăzeci de ani mai devreme şi a însoţit prima ejaculare a pacientului: a fost un „vis umed“. Amintirea pacientului privind visul cel vechi era una vie şi relatarea lui părea a fi despre o trăire intensă recentă.

În acel vis pacientul admira un peisaj de o mare frumuseţe şi foarte liniştitor. Erau pajişti de un verde-închis şi cald, pârâiaşe şerpuitoare cu o apă curgătoare strălucitoare ce reflecta albastrul cerului senin. Buturugi mici de copaci înconjurau lăcaşurile umane în stil rustic şi, deşi nu se vedea niciun om, exista viaţă: vacile păşteau şi se vedeau petele albe ale oilor aflate pe pajişte, evidenţiate foarte clar de contrastul cu fundalul verdelui ierbii. În mod neaşteptat, pacea a fost perturbată de un huruit ce se auzea din depărtare. Pacientul a privit sus şi şi-a dat seama că peisajul pe care l-a contemplat era o

vale aflată la baza unui baraj înalt. Huruitul amenințător părea să provină de acolo și imediat pacientul a observat crăpături adânci în baraj. Toate culorile peisajului s-au schimbat ușor, dar semnificativ[81]. Albastrul cerului și al apelor s-a transformat într-un albastru-cenușiu. Verdele ierbii s-a schimbat într-un verde intens, nefiresc; iar copacii păreau mai întunecați. Crăpăturile din baraj s-au lărgit și atunci tot vârtejul de ape urâte, murdare și distructive s-a revărsat distrugând peisajul rustic, cu toată frumusețea lui, măturând din cale copacii, casele și animalele. Ultima impresie de neuitat, dinainte să se trezească din această oroare, a fost imaginea unei oi albe care s-a pierdut în vâltoarea albă a spumei valurilor ce cuprindeau totul.

Lămurirea complexității de conținuturi condensate în acest vis frumos nu privește discuția de față. Este suficient să spun că a fost o redare cvasi-artistică a trăirii legate de perturbarea unei stări narcisice fericite și centrate pe sine (peisajul simboliza corpul pacientului) prin intruziunea elementelor sexuale sadice care au acompaniat ejacularea nocturnă. Astfel, au putut fi recunoscute și identificate în vis o serie de referiri la trăirile narcisice și autoerotice din copilăria timpurie.

Așa cum am indicat anterior, puterile poetice ale unui Eu înzestrat artistic, care au realizat transformarea tensiunilor (pre)narcisice ale acestui pacient într-un vis frumos, dar bazat pe imagini autoplastice, au fost mai târziu deblocate pentru a putea fi folosite în crearea de produse artistice (nuvele). Astfel, acum ele erau investite în obiecte ale Sinelui de un nivel mai înalt. Reorientarea creativității pacientului dinspre producerea de vise (privind trăirile sale legate de investirile autoerotice și narcisice ale Sinelui corporal) către munca artistică (ce avea de a face cu însingurarea din adolescența sa autocentrată și cu faptul că era în căutarea unei prietenii de tip alter-ego) demonstrează avansul semnificativ (pe scara dezvoltării psihice) al narcisismului său. Prin intermediul noii capacități creative eliberate, s-a realizat o integrare a narcisismului său în contextul social. În plus, dacă ne referim la succesul terapeutic, această reorientare a permis o eliberare importantă și fiabilă (sublimată) a tensiunilor narcisice ale pacientului, care anterior constituiseră o amenințare serioasă la adresa sănătății lui psihice (și care, mai departe, ar fi dus la o serie de stări periculoase de dezechilibru emoțional).

Deși există și excepții, multe activități creative din fazele de încheiere a analizelor personalităților narcisice constituie efectul benefic al travaliului analitic anterior și reprezintă niște transformări reale ale pozițiilor narcisice

patogene anterioare (procesul este similar cu înflorirea capacităţii empatice din finalul unor analize de formare). Din acest motiv, aceste activităţi creative nu reprezintă un material ce necesită nişte interpretări psihanalitice în sensul uzual. (Pentru mai multe detalii privind problemele tehnice care pot fi puse de apariţia activităţilor artistice şi sublimatoare din finalul analizei, vezi Kohut, 1966b, pp. 203 şi urm.)

Umorul și înțelepciunea

Pentru început, vreau să afirm convingerea mea că apariţia aptitudinii pentru un umor autentic constituie încă un semn important — şi bine-venit — pentru faptul că a avut loc o transformare a investirilor narcisice patogene în cursul analizei personalităţilor narcisice. Umorul de care devine capabil pacientul narcisic este, cred eu, un complement al unui alt rezultat favorabil din cursul analizei acestor pacienţi: întărirea valorilor şi idealurilor lor. Umorul, luat de unul singur (mai ales când are un ton oral-sadic de sarcasm), poate fi încă defensiv, iar în cazul acesta nu indică o transformare a investirilor narcisice. O investire izolată, intensă şi gravă a idealurilor nou descoperite (asemănătoare cu acele „cauze“ inventate de paranoic) s-ar putea să nu reprezinte încă o perlaborare de succes a poziţiilor narcisice, ci simpla lor apariţie într-o altă deghizare. În evaluarea progresului pacientului, este important ca analistul să constate dacă devotamentul pacientului faţă de valorile şi idealurile sale este unul fanatic sau unul însoţit de un simţ al proporţiei, ce poate fi exprimat prin umor. Coexistenţa idealismului şi a umorului demonstrează nu doar că localizarea şi conţinutul raportărilor narcisice s-au schimbat, dar şi că energiile narcisice s-au domesticit şi neutralizat, urmând un curs inhibat în privinţa scopului. Dacă, pe de o parte, valorile pacientului ocupă acum o poziţie de o mai mare importanţă psihică, s-au integrat în structura realistă a Eului (şi a scopurilor sale) şi, în mod discret, oferă un alt sens vieţii sale şi dacă, pe de altă parte, pacientul este acum capabil să contemple cu umor chiar aria poziţiilor narcisice fixate rigid până atunci, atunci analistul poate într-adevăr să simtă că procesele de perlaborare au avut succes şi câştigurile obţinute sunt solide.

Doar descrierile clinice detaliate pot demonstra transformarea graduală a

fantasmelor grandioase sau a impulsurilor exhibiţioniste ale pacientului şi dizolvarea credinţei sale în perfecţiunea magică a obiectului perceput în mod narcisic, locul lor fiind luat de un amestec echilibrat de idealuri şi umor.

În multe cazuri, apariţia umorului este neaşteptată şi constituie manifestarea evidentă şi întârziată a creşterii discrete a dominaţiei câştigate de Eul pacientului vizavi de puterea formidabilă avută mai înainte de Sinele grandios şi de obiectul idealizat. Dintr-odată, ca şi cum soarele s-ar ivi neaşteptat de după nori, analistul va asista, spre marea lui plăcere, cum un simţ al umorului autentic exprimă faptul că Eul poate acum să vadă la modul realist măreţia aspiraţiilor Sinelui grandios infantil sau cererile anterioare de perfecţiune şi putere nelimitate adresate imaginii părintelui idealizat. Eul poate deci să contemple cu amuzament aceste configuraţii vechi, ceea ce reprezintă o expresie a libertăţii sale.

Totuşi, există situaţii instructive, în care, pe parcursul perioadelor de tranziţie, Eul pacientului pare să se afle la limita dintre frica persistentă faţă de structurile narcisice care n-au fost încă pe deplin îmblânzite şi curajul nou dobândit ce îi permite să se uite cu umor la aceste structuri. Am învăţat să nu râd prematur în astfel de circumstanţe împreună cu pacientul, ci mai degrabă să îl asist prin interpretări privind apariţia materialului şi prin explicaţii transmise în mod empatic privitoare la starea tranziţională a Eului. (Pentru o ilustrare clinică a unei stări de tranziţie de la un umor timid către o teamă mai veche, vezi visul dlui M., descris în capitolul 7, ce a avut loc în momentul în care un Eu deja întărit a fost brusc ameninţat de un elan al grandiozităţii arhaice.)

Totuşi, nu voi dezvolta aici subiectul apariţiei umorului în diversele sale forme, din timpul analizei şi dincolo de ea, şi mă voi rezuma la a cita remarca dnei F., o personalitate infantilă, centrată pe sine, care, către sfârşitul analizei, a dobândit un suficient simţ al umorului ce i-a permis să formuleze, retrospectiv, problema ei transferenţială spunându-mi: „Cred că nelegiuirea pe care ai comis-o şi pentru care nu poate exista iertare este că tu nu eşti eu“.

Iar acum urmează o scurtă remarcă despre înţelepciune, o poziţie cognitivă şi emoţională a cărei obţinere poate fi considerată unul din vârfurile dezvoltării umane, nu doar în sens restrâns (în analiza tulburărilor de personalitate narcisică), ci şi în evoluţia şi împlinirea personalităţii umane în ansamblul ei.

În timp ce realismul crescut al ambiţiilor narcisice ale pacientului, întărirea idealurilor sale, creativitatea sa şi, în special, creşterea simţului umorului sunt

deseori foarte evidente la sfârşitul unei analize de succes, aşteptarea legată de obţinerea chiar şi unui minimum de înţelepciune poate părea exagerată. Şi cu toate acestea, progresul de la informarea prin cunoaştere către înţelepciune, ce caracterizează evoluţia sferei cognitive a unei vieţi trăite cu succes, poate fi de asemenea observat şi în urma unei analize de succes. Odată cu începerea tratamentului, analistul şi analizandul adună informaţii despre pacient şi istoricul său. Gradual, în fazele de mijloc ale analizei, datele ce au fost colectate sunt ordonate şi puse la un loc sub o formă de cunoaştere mai largă şi mai profundă a funcţionării coezive a minţii pacientului şi a continuităţii ce există între prezent şi trecut. Şi, în final, în faza de încheiere a unei bune analize, cunoaşterea analistului şi înţelegerea pacientului cu privire la el însuşi ajung să aibă calitatea de înţelepciune. Pentru a ajunge la această experienţă, pacientul trebuie mai întâi să se împace cu narcisismul lui infantil nemodificat, fie că fixaţiile sale s-au legat predominant de Sinele grandios sau de obiectul Sinelui, obiect arhaic idealizat şi supradimensionat narcisic.

Stabilirea dominaţiei Eului în aria celor două mari configuraţii narcisice este, totuşi, doar o precondiţie pentru acea atitudine globală pe care o numim „înţelepciune“ — nu este deci înţelepciunea însăşi. Atingerea înţelepciunii este o performanţă pe care nu trebuie să o aşteptăm de la pacienţii noştri, şi nici neapărat de la noi. De vreme ce atingerea completei înţelepciuni include asumarea afectivă a caracterului trecător al existenţei umane, trebuie să admitem că înţelepciunea poate fi atinsă doar de câţiva oameni şi că integrarea ei stabilă este dincolo de capacităţile psihice ale omului.

Dar un minimum de înţelepciune la nivelul atitudinii pacientului faţă de sine, faţă de analist şi faţă de rezultatul travaliului analitic nu este deloc o raritate. Analistul nu trebuie să ţintească spre a deveni înţelept; şi nici în cazul analizandului nu trebuie pusă vreun fel de presiune în acest sens (fie ea una subtilă). Aşa cum am afirmat anterior, astfel de presiuni şi aşteptări din partea analistului duc doar la instalarea unor identificări totale şi nesigure fie cu analistul, aşa cum este el, fie cu personalitatea pe care analistul s-ar putea să încerce să i-o prezinte pacientului.

Apariţia spontană a atitudinii înţelepte din partea analizandului poate fi observată deseori către sfârşitul unei analize de succes — deşi, aşa cum am afirmat mai sus, ea apare într-o formă limitată şi modestă. Acel minimum de înţelepciune care apare într-adevăr în timpul fazelor terminale ale analizei (dar se poate instala şi la ceva timp după încheierea tratamentului) îi permite pacientului

să își mențină stima de sine, în ciuda recunoașterii propriilor sale limitări. Și îi îngăduie să simtă un respect prietenos și de recunoștință față de analist, în ciuda recunoașterii conflictelor și limitărilor analistului. Și, în final, pacientul și analistul pot, în partea finală a tratamentului, să împărtășească recunoașterea faptului că însăși analiza a rămas inevitabil incompletă. Într-o atitudine comună de sobrietate și înțelepciune (dar fără sarcasm și pesimism), analistul și pacientul vor admite, în timp ce se despart, că nu s-a rezolvat totul și că anumite conflicte, inhibiții și simptome, precum și unele dintre vechile tendințe către autoglorificare și către idealizare infantilă rămân încă nerezolvate. Totuși, aceste fragilități sunt acum familiare și pot fi observate cu toleranță și calm.

Pentru o discuție legată de granițele dintre câmpul psihic și cel non-psihic, vezi Freud (1915c/2010).

Pentru o discuție sofisticată a proceselor cvasiartistice utilizate în unele dintre marile descoperiri din fizică, vezi scrierile lui Alexandre Koyré, în special Metaphysics and Measurement: Essays in Scientific Revolution in 17th Century Science (1968).

Scrise între anii 1872–1874 (vezi Freud, 1969). Vezi și recenzia foarte pertinentă a corespondenței sale făcută de Gedo și Wolf (1970).

Conceptul asemănător de „Aha!-Erlebnis“, de „trăire-aha“, al psihologiei gestaltiste (vezi Bühler, 1908; Maier, 1931; și Duncker, 1945) poate la fel de bine să fie evaluat pe baza acestor considerații. Vezi de asemenea abordarea diferită a lui Hendrick (1942), care postulează un „instinct către măiestrie“, pentru explicarea unor experiențe asemănătoare.

Vezi în acest context contribuțiile perspicace ale lui Szekely (1968, 1970) privind frica de nou și de necunoscut în cazul oamenilor de știință.

Vezi în acest context remarcile din capitolul 9 despre charisma mesianică a tatălui lui Schreber și, prin extensie, a altor lideri mesianici, precum Hitler.

Am fost îndrumat spre acest document de dr. Charles Kligerman care, vorbind despre „transferul narcisic fuzional“, a citat această scrisoare în contribuția sa la tabloul rezistenței narcisice (1969, p. 943). Pentru o discuție mai largă despre relația narcisică dintre Melville și Hawthorne și a influenței ei asupra creativității

lui Melville, vezi Kligerman (1953).

Pentru discutarea acestor puncte, vezi Kohut, 1970; vezi şi transcrierile de la discuţiile Comitetului Ştiinţific al Asociaţiei Americane de Psihanaliză (Kohut, 1967).

Faptul că visul era în culori (în special în acel tehnicolor artificial din ultima parte a visului) este o expresie a faptului că Eul visătorului era incapabil să atingă integrarea completă a noilor experienţe; că nu putea să absoarbă nici intensitatea şi nici conţinutul cererilor pulsionale. (Pentru o discuţie referitoare la sensul viselor colorate, vezi capitolul 7.)

Mulțumiri

Psihanalistul care vrea să prezinte ceea ce el speră a fi nişte insighturi valide din psihologia abisală trebuie mai întâi să îşi recunoască gratitudinea faţă de pacienţii săi, de a căror colaborare şi autocunoaştere a beneficiat. Şi, în al doilea rând, el este dator studenţilor săi, ale căror discuţii şi întrebări reprezintă o resursă inestimabilă pentru profesorul ce începe să îşi împărtăşească noile sale idei şi descoperiri cu colegii din generaţia mai tânără. Din motive evidente şi diferite pentru fiecare caz în parte, mulţumirile exprimate către cele două grupuri de persoane care l-au ajutat trebuie să fie generale, fapt pentru care persoanele vizate vor rămâne anonime.

Sunt însă şi oameni către care gratitudinea mea poate fi exprimată în mod direct. Îi datorez mulţumiri deosebite Annei Freud, care a citit o versiune incipientă a acestui studiu. Întrebările ei m-au îndreptat spre multe direcţii importante. Sunt profund recunoscător faţă de dr. Marianne Kris, pentru sprijinul de nădejde pe care mi l-a oferit în a-mi urma investigaţiile. Totodată îmi exprim gratitudinea către acel grup de colegi care mi-au oferit părerile lor în ce priveşte diversele versiuni ale manuscrisului — e vorba despre doctorii în ştiinţe Michael F. Basch, Ruth S. Eissler, John E. Gedo, Arnold Goldberg, George H. Klumpner, Paul H. Ornstein, Paul H. Toplin, Janice Norton. Apoi, dr. Charles Kligerman a contribuit în mod decisiv la formularea titlului acestei cărţi.

Recunosc, cu apreciere, ajutorul colegilor care s-au consultat cu mine şi al candidaţilor pe care i-am supervizat. Materialul de cazuistică ce mi-a devenit astfel disponibil mi-a permis să îmi lărgesc baza empirică a prezentării mele. În acest sens, le datorez mulţumiri doctorilor în psihologie David Marcus, Janice Norton, Anna Ornstein şi Paul H. Ornstein.

Vreau să mulţumesc editorilor de la revistele Journal of the American Psychoanalytic Association, The International Journal of Psycho-Analysis şi The Psychoanalytic Study of the Child, pentru permisiunea de a utiliza materiale ce au apărut mai întâi în publicaţiile lor.

Ajutorul financiar pentru sprijinirea formei finale a manuscrisului, ce a fost redactat cu atenţie de Regina Lieb şi Lillian Bigler, a venit din partea (a)

Fondului „Charlotte Rosenbaum“ oferit prin Clinica studențească pentru Sănătate Mentală și Departamentul de Psihiatrie al Universităţii din Chicago și (b) din partea Institutului de Psihanaliză din Chicago.

În final, doresc să mulţumesc Lottiei M. Newman pentru ajutorul dat în pregătirea manuscrisului pentru publicare. Sfaturile ei nuanțate cu privire la îmbunătățirea formei și substanței au dus la găsirea celei mai bune modalităţi de a comunica ideile mele într-o formă mai clară. Colaborarea noastră a fost o experiență foarte gratificantă pentru mine.

Bibliografie

Abraham, K. (1919), A Particular Form of Neurotic Resistance against the Psycho-Analytic Method, Selected Papers of Karl Abraham, Londra: Hogarth Press, 1927, pp. 303–311.

Adler, A. (2017), Caracterul nevrotic, Bucureşti: Trei, 2017.

Aichhorn, A. (1936), The Narcissistic Transference of the „Juvenile Impostor“. În: Delinquency and Child Guidance: Selected Papers by August Aichhorn, coord. de O Fleischmann, P. Kramer şi H. Ross, New York: International University Press, 1964, pp. 174–191.

Alexander, F., French, T.M. şi alţii (1946), Psychoanalytic Therapy: Principles and Applications, New York: Ronald Press.

Andreas-Salomé, L. (1962), The Dual Orientation of Narcissism, Psychoanal Quart., 31:1–30.

Argelander, H. (1968), Der psychoanalytische Dialog, Psyche, 22: 325–339.

Arlow, J.A. (1966), Depersonalization and Derealization. În: Psychoanalysis — A General Psychology, coord. de R.M. Loewenstein, L.M. Newman, M. Schur şi A.J. Solnit, New York: International Universities Press, pp. 456–478.

Arlow, J.A. şi Brenner, C. (1964), Psychoanalytic Concepts and the Structural Theory, New York: International Universities Press.

Arlow, J.A. şi Brenner, C. (1969), The Psyhopathology of the Psychoses: A Proposed Revision, Int. J. Psycho-Anal., 50:5–14.

Balint, M. (1937, 1952), Early Developmental Stages of the Ego: Primary Object-Love, Primary Love and Psycho-Analytic Technique, Londra: Hogarth Press, pp. 90–108.

Balint, M. (2014), Defectul fundamental, Bucureşti: Trei.

Barande, R. și alții (1965), Remarques sur le narcisisme dans le mouvement de la cure, Rev. Franç. Psychoanal., 29:601–611.

Basch, M.F. (1968), External Reality and Disavowal (nepublicat).

Baumeyer, F. (1955, 1956), Der Fall Schreber, Psyche, 9:513–536. În engl.: The Schreber Case. Int. J. Psycho-Anal., 37:61–74.

Bender, L. și Vogel, B.F. (1941), Imaginary Companions of Children. Amer. J. Orthopsychiat., 11:56–66.

Benedek, T.F. (1949), The Psychosomatic Implications of the Primary Unit: Mother-Child, Amer. J. Orthopsychiat., 19:642–654.

Benedek T.F. (1956), Toward the Biology of the Depressive Constellation, J. Amer. Psychoanal. Assn., 4:389–427.

Benedek, T.F. (1959), Parenthood as a Developmental Phase, J. Amer. Psychoanal. Asn., 7:389–417.

Benedict, R. (1934, 1946), Patterns of Culture, New York: Penguin.

Benjamin, J.D. (1950), Methodological Considerations in the Validation and Elaboration of Psychoanalytic Personality Theory, Amer. J. Orthopsychiat., 20:139–156.

Benjamin, J.D. (1961), Some Developmental Observations Relating to the Theory of Anxiety, J. Amer. Psychoanal. Assn., 9:652–668.

Beres, D. (1956), Ego Deviation and the Concept of Schizophrenia, The Psychoanalytic Study of the Child, 11:164–233.

Beres, D. (1962), The Unconscious Fantasy, Psychoanal. Quart., 31:309–328.

Bernstein, H. (1963), Identity and Sense of Identity, Paper read to the Chicago Psychoanalytical Society.

Bibring, E. (1947), The So-Called English School of Psychoanalysis, Psychoanal. Quart., 16:69–93.

Bibring, G.L. (1964), Some Considerations Regarding the Ego Ideal in the Psychoanalytic Process, J. Amer. Psychoanal. Assn., 12:517–521.

Bing, J., McLaughlin, F. şi Marburg, R. (1959), The Metapsychology of Narcissism, The Psychoanalytic Study of the Child, 14:9–28.

Bing, J. şi Marburg, R.O. (1962), Panel Report: Narcissism, J. Amer. Psychoanal. Assn., 10:593–605.

Binswanger, L. (1956/1957), Sigmund Freud: Reminiscences of a Friendship, New York: Grune şi Stratton.

Bond, D.D. (1952), The Love and the Fear of Flying, New York: International Universities Press.

Boyer, L.B. (1956), On Maternal Overstimulation and Ego Defects, The Psychoanalytic Study of the Child, 11:236–256.

Braunschweig, D.R. (1965), Le narcissisme: aspects cliniques, Rev. Franç. Psychanal., 29:589–600.

Brenner, C. (1968), Archaic Features of Ego Functioning, Int. J. Psycho-Anal., 49:426–429.

Bressler, B. (1965), The Concept of the Self, Psychoanal. Rev., 52:425–445.

Brodey, W.M. (1965), On the Dynamics of Narcissism, The Psychoanalytic Study of the Child, 20:165–193.

Bühler, K. (1908, 1951), Tatsachen und Probleme zu einer Psychologie der Denkvorgänge, în trad. engl.: On Thought Connections. În: Organization and Pathology of Thought, coord. de D. Rapaport, New York: Columbia University Press., 1951, pp. 39–57.

Bühler, K. (1930), The Mental Development of the Child: A Summary of Modern Psychological Theory, New York: Harcourt, Brace.

Bullock, A. (1952), Hitler: A Study in Tyranny, New York şi Evanston, III: Harper şi Row, 1962.

Burlingham, D. şi Robertson, J. (1966), Nursery School for the Blind, film produs de Hampstead Child-Therapy Clinic, Londra. (Distribuit în SUA de New York University Film Library, 26 Washington Place, New York, N.Y. 10003).

Bychowski, G. (1947), The Preschizophrenic Ego, Psychoanal. Quart., 16:225:233.

Deutsch, H. (1942, 1965), Some Forms of Emotional Disturbance and Their Relation to Schizophrenia, Neurosis and Character Types, New York: International Universities Press. Pp. 262–286.

Deutsch, H. (1964), Some Clinical Considerations of the Ego Ideal, J. Amer. Psychoanal. Assn., 12:512–516.

Dilthey, W. (1924), Ideen über eine beschreibende und zergliedernde Psychologie, Gesammelte Schriften, 5, Leipzig: Teubner.

Duncker, K. (1945), On Problem Solving, Psychological Monographs, Vol. 58, nr. 5, Washington, D.C., American Psychological Association.

Eidelberg, L. (1959), The Concept of Narcissistic Mortification, Int. J. Psycho-Anal., 40:163–168.

Eisnitz, A.J. (1969), Narcissistic Object Choice, Self Representation, Int. J. Psycho-Anal., 50:15–25.

Eissler, K.R. (1961), Leonardo da Vinci: Psychoanalytic Notes on the Enigma, New York: International Universities Press.

Eissler, K.R. (1963a), Goethe: A Psychoanalytic Study, vol. 1–2. Detroit: Wayne State University Press.

Eissler, K.R. (1963b), Die Ermordung von wievieler seiner Kinder muss ein Mensch symptomfrei ertragen können, um eine normale Konstitution zu haben? Psyche, 17:241–272.

Eissler, K.R. (1965), Medical Orthodoxy and the Future of Psychoanalysis, New York: International Universities Press.

Eissler, K.R. (1967), Perverted Psychiatry?, Amer. J. Psychiat., 123:1352–1358.

Elkisch, P. (1957), The Psychological Significance of the Mirror, J. Amer. Psychoanal. Assn., 5:235–244.

Ephron, L.R. (1967), Narcissism and the Sense of Self, Psychoanal. Rev., 54:499–509.

Erikson, E.H. (2015), Copilărie și societate, București: Trei.

Erikson, E.H. (1956), The Problem of Ego Identity, J. Amer. Psychoanal. Assn., 4:56–121.

Federn, P. (1952), Ego Psychology and the Psychoses, coord. de E. Weiss, New York: Basic Books, pp. 283–322, 323–364.

Ferenczi, S. (1919, 1950), On Influencing on the Patient in Psycho-Analysis, Further Contributions to the Theory and Technique of Psychoanalysis, Londra: Hogarth Press, pp. 235–237.

Fliess, R. (1942), The Metapsychology of the Analyst, Psychoanal. Quart., 11:211–227.

Frankl, V.E. (1946, 1959), Ein Psychologe erlebt das Konzentrationslager, Viena: Verlag für Jugend und Volk (în engl.: From Death Camp to Existentialism, Boston: Beacon Press.)

Frankl, V.E. (1958), On Logotherapy and Existential Analysis, Amer. J. Psychoanal., 18:28–37.

Freeman, T. (1963), The Concept of Narcissism in Schizophrenic States, Int. J. Psycho-Anal., 44:293–303.

Freeman, T. (1964), Some Aspects of Pathological Narcissism, Int. J. Psycho-Anal., 12:540–561.

Freud, A. (1951), Obituary: August Aichhorn, Int. J. Psycho-Anal., 32:51–56.

Freud, A. (1952), The Mutual Influences in the Development of Ego and Id, The Psychoanalytic Study of the Child, 7:42–50.

Freud, A. și Burlingham, D. (1942), Young Children in War-Time, Londra: Allen

şi Unwin.

Freud, A. şi Burlingham, D. (1943), Infants Without Families: The Case For and Against Residential Nurseries, Londra: Allen şi Unwin.

Freud, A., şi Dann, S. (1951), An Experiment in Group Upbringing, The Psychoanalytic Study of the Child, 6:127–168.

Freud, S. (1900/2010), Interpretarea viselor, în Opere esenţiale 2, Bucureşti: Trei.

Freud, S. (1905/2010), Trei eseuri asupra teoriei sexualităţii, în Opere esenţiale 5 (Studii despre sexualitate), Bucureşti: Trei.

Freud, S. (1911/2010), Observaţii despre un caz de paranoia (Dementia Paranoides) descris autobiografic, în Opere esenţiale 7 (Nevroză, Psihoză, Perversiune), Bucureşti: Trei.

Freud, S. (1912/2010), Despre dinamica transferului, în Opere esenţiale 11 (Tehnica psihanalizei), Bucureşti: Trei.

Freud, S. (1913/2010), Începutul tratamentului psihanalitic, în Opere esenţiale 11, ed. cit.

Freud, S. (1914/2010), Pentru a introduce narcisismul, în Opere esenţiale 3 (Psihologia inconştientului), Bucureşti: Trei.

Freud, S. (1915a/2010), Pulsiuni şi destine ale pulsiunilor, în Opere esenţiale 3, ed. cit.

Freud, S. (1915b/2010), Refularea, în Opere esenţiale 3, ed. cit.

Freud, S. (1915c/2010), Inconştientul, în Opere esenţiale 3, ed. cit.

Freud, S. (1917a/2010), Doliu şi melancolie, în Opere esenţiale 3, ed. cit.

Freud, S. (1917b/2014), O dificultate a psihanalizei, în Despre psihanaliză, Bucureşti: Trei.

Freud, S. (1917c/2010), O amintire din copilărie în Poezie şi adevăr, în Opere

esenţiale 10 (Eseuri de psihanaliză aplicată), Bucureşti: Trei.

Freud, S. (1921/2010), Psihologia maselor şi analiza Eului, în Opere esenţiale 9 (Studii despre societate şi religie), Bucureşti: Trei.

Freud, S. (1923/2010), Eul şi Se-ul, în Opere 3, ed. cit.

Freud, S. (1924a[1923]/ 2010), Nevroză şi psihoză, în Opere esenţiale 3, ed. cit.

Freud, S. (1924b/2010), Pierderea realităţii în nevroză şi psihoză, în Opere esenţiale 3, ed. cit.

Freud, S. (1925/2010), Negarea, în Opere esenţiale 3, ed. cit.

Freud, S. (1926,1925/2010), Inhibiţie, simptom, angoasă, în Opere esenţiale 6, Bucureşti: Trei.

Freud, S. (1927/2010), Fetişismul, în Opere esenţiale 3, ed. cit.

Freud, S. (1937a/2010), Analiza cu final şi analiză nesfârşită, în Opere esenţiale 11, ed. cit.

Freud, S. (1937b/2010), Construcţii în analiză, în Opere esenţiale 11, ed. cit.

Freud, S. (1940 [1938]/ 2010), Clivajul Eului în procesul de apărare, în Opere esenţiale 3, ed. cit.

Freud, S. (1969 [1872–1874]), Some Early Unpublished Letters of Freud, Int. J. Psycho-Anal., 50:419–427.

Frosch, J. (1960), The Psychotic Character, în J. Amer. Psychoanal. Assn., 8:544–548.

Frosch, J. (1967a), Delusional Fixity, Sense of Conviction, and the Psychotic Conflict, Int. J. Psycho-Anal., 48:475–495.

Frosch, J. (1967b), Severe Regressive States during Analysis: Introduction and Summary, J. Amer. Psychoanal. Assn., 15:491–507, 606–625.

Frosch, J. (1970), Psychoanalytic Considerations of the Psychotic Character, J. Amer. Psychoanal. Assn., 18:24–50.

Gedo, J.E. și Goldberg, A. (1969), System of Psychic Functioning and Their Psychoanalytic Conceptualization (manuscris nepublicat).

Gedo, J.E. și Wolf, E. (1970), Die Ichtyosaurusbriefe, Psyche, 24:785–797.

Gitelson, M. (1952), Re-evaluation of the Rôle of the Oedipus Complex, Int. J. Psycho-Anal., 33:351–354.

Gitelson, M. (1958), On Ego Distortion, Int. J. Psycho-Anal., 39:245–257.

Gittings, R. (1968), John Keats, New York: Little Brown.

Glover, E. (1939, 1949), Psycho-Analysis, Londra, New York: Staples Press, a doua ediție.

Glover, E. (1943, 1956), The Concept of Dissociation, On the Early Development of Mind, New York: International Universities Press, pp. 307–327; de văzut în special pp. 316–317.

Glover, E. (1945), Examination of the Klein System of Child Psychology, The Psychoanalytic Study of the Child, 1:75–118.

Greenacre, P. (1949), A Contribution to the Study of Screen Memories, The Psychoanalytic Study of the Child, 3/4:73–84.

Greenacre, P. (1964), A Study on the Nature of Inspiration, J. Amer. Psychoanal. Assn., 12:6–31.

Greenson, R.R. (1965), The Working Alliance and the Transference Neurosis. Psychoanal. Quart., 34:155–181.

Greenson, R.R. (1967), The Technique and Practice of Psychoanalysis, New York: International Universities Press.

Grinberg, L. (1956), Sobre algunos problemas de técnica psicoanalitica determinados por la identificación y contraidentificación proyectivas, Rev. Psicoanál., 13:507–511.

Grinker, R.R. (1968), The Borderline Syndrome: A Behavioral Study of the Ego Functions, New York: Basic Books.

Hammett, V.B.D. (1965), A Consideration of Psychoanalysis in Relation to Psychiatry Generally, circa 1965, Amer. J. Psychiat., 122:42–54.

Hart, H.H. (1947), Narcissistic Equilibrium, Int. J. Psycho-Anal., 28:106–114.

Hartmann, H. (1927, 1964), Understanding and Explanation, Essays on Ego Psychology, New York: International Universities Press, pp. 369–403.

Hartmann, H. (1939, 1958), Ego Psychology and the Problem of Adaptation, New York: International Universities Press.

Hartmann, H. (1947, 1964), On Rational and Irrational Action, Essays on Ego Psychology, New York: International Universities Press, pp. 37–68.

Hartmann, H. (1950a, 1964), Psychoanalysis and Developmental Psychology, Essays on Ego Psychology, New York: International Universities Press, pp. 99–112.

Hartmann, H. (1950b, 1964), Comments on the Psychoanalytic Theory of the Ego, Essays on Ego Psychology, New York: International Universities Press, pp. 113–141.

Hartmann, H. (1952, 1964), The Mutual Influences in the Development of Ego and Id, Essays on Ego Psychology, New York: International Universities Press, pp. 155–181.

Hartmann, H. (1953, 1964), Contributions to the Metapsychology of Schizophrenia, Essays on Ego Psychology, New York: International Universities Press, pp, 182–206.

Hartmann, H. (1956, 1964), The Developement of the Ego Concept in Freud’s Work, Essays on Ego Psychology, New York: International Universities Press, pp. 268–296.

Hartmann, H. (1960), Psychoanalysis and Moral Values, New York: International Universities Press.

Hartmann, H. (1964), Essays on Ego Psychology, New York: International Universities Press.

Hartmann, H., şi Kris, E. (1945), The Genetic Approach in Psychoanalysis, în The Psychoanalytic Study of the Child, 1:11–30.

Hendrick, I. (1942), Instinct and the Ego during Infancy, Psychoanal. Quart., 11: 33–58.

Hendrick, I. (1964), Narcissism and the Prepuberty Ego Ideal, J. Amer. Psychoanal. Assn., 12:522–528.

Jacobson, E. (1957), Denial and Repression, J. Amer. Psychoanal. Assn., 5: 61–92.

Jacobson, E. (1964), The Self and the Object World, New York: International Universities Press.

Jacobson, E. (1967), Psychotic Conflict and Reality, New York: International Universities Press.

Jaspers, K. (1920, 1946), Allgemeine Psychopathologie, Berlin: Springer, a doua ediție.

Joffe, W.G. (1969), A Critical Review of the Status of the Envy Concept, Int. J. Psycho-Anal., 50:533–545.

Joffe, W.G., şi Sandler, J. (1967), Some Conceptual Problems Involved in the Consideration of Disorders of Narcissism, J. Child Psychother., 2:56–66.

Jones, E. (1910), The Oedipus Complex as an Explanation of Hamlet’s Mystery, Amer. J. Psychol., 21:72–113.

Jones, E. (1913), The God Complex, Essays in the Applied Psycho-Analysis, 2:244–265, Londra: Hogarth Press, 1951.

Jones, E. (1949), Hamlet and Oedipus, Londra: V. Gollancz.

Jones, E. (1953), The Life and Work of Sigmund Freud, vol. I, New York: Basic Books.

Jones, E. (1957), The Life and Work of Sigmund Freud, vol. III, New York: Basic Books.

Justin (1960), Menschen und Paragraphen: Die Versuchung, Die Weltwoche, No. 1395:24 (5 august). Citat de Eissler, K.R. în Medical Orthodoxy and the Future of Psychoanalysis.

Kanzer, M. (1964), Freud's Uses of the Terms „Autoerotism" and „Narcissism". J. Amer. Psychoanal. Assn., 12: 529–539.

Kaplan, S.M. şi Whitman, R.M. (1965), The Negative Ego-Ideal, Int. J. Psycho-Anal., 46:183–187.

Kernberg, O. (1966), Structural Derivatives of Object Relationships, Int. J. Psycho-Anal., 47:236–253.

Kernberg, O. (1967), Borderline Personality Organization, J. Amer. Psychoanal. Assn., 15:641–685.

Kernberg, O. (1968), The Treatment of Patients with Borderline Personality Organization, Int. J. Psycho-Anal., 49:600–619.

Kernberg, O. (1969), Factors in the Psychoanalytic Treatment of Narcissistic Personalities, Bull. Menninger Clin., 33:191–196.

Kernberg, O. (1970), Factors in the Psychoanalytic Treatment of Narcissistic Personalities, J. Amer. Psychoanal. Assn., 18: 51–85.

Khan, M.M.R. (1960a), Regression and Integration in the Analytic Setting, Int. J. Psycho-Anal., 41:130–146.

Khan, M.M.R. (1960b), Clinical Aspects of the Schizoid Personality: Affects and Techniques, Int. J. Psycho-Anal., 41:430–437.

Khan, M.M.R. (1963), Ego Ideal, Excitement and the Threat of Annihilation, J. Hillside Hosp., 12:195–217.

Kleeman, J. (1967), The Peek-a-boo Game, The Psychoanalytic Study of the Child, 22:239–273.

Klein, M. (1946), Notes on Some Schizoid Mechanism, Int. J. Psychoa-Anal., 27:99–110.

Kligerman, C. (1953), The Psychology of Herman Melville, Psychoanal. Rev., 40:125–143.

Kligerman, C. (1968, 1969), Narcissistic Resistance, citat în N.P. Segel, J. Amer. Psychoanal. Assn., 17:941–954.

Koff, R.H. (1957), The Therapeutic Man Friday, J. Amer. Psychoanal. Assn., 5:424–431.

Kohut, H. (1957), Observations on the Psychological Functions of Music, J. Amer. Psychoanal. Assn., 5:389–407.

Kohut, H. (1959), Introspection, Empathy and Psychoanalysis, J. Amer. Psychoanal. Assn., 7:459–483.

Kohut, H. (1961), Discussion of the D. Beres's paper: „The Unconscious Phantasie", Meeting, Chicago Psychoanalytic Society, Abstr. in: Phila. Bull. Psychoanal., 11:194–195.

Kohut, H. (1964), Some Problems of a Metapsychological Formulation of Fantasy, Int. J. Psycho-Anal., 45:199–202.

Kohut, H. (1965), Autonomy and Integration, J. Amer. Psychoanal. Assn., 13:851–856.

Kohut, H. (1966a), Forms of Transformations of Narcissism. J. Amer. Psychoanal. Assn., 14:243–272.

Kohut, H. (1966b), Discussion of M. Schur's paper: Some Additional „Day Residues" of the Specimen Dream of Psychoanalysis. Citit la Societatea de Psihanaliză din Chicago, 27 septembrie.

Kohut, H. (1966c), Termination of Analysis: Discussion. În Psychoanalysis in the Americas, coord. de R.E. Litman, New York: International Universities Press, pp. 193–204.

Kohut, H. (1967), Chairman, Ad Hoc Committee on Scientific Activities of the American Psychoanalytic Association (minute din întâlnirea din 4 mai, 1967).

Kohut, H. (1968), The Psychoanalytic Treatment of Narcissistic Personality

Disorders. The Psychoanalytical Study of the Child, 23:86–113.

Kohut, H. (1970a), Moderator's opening and closing remarks [Discussion of D.C. Levin: The Self: A Contribution to Its Place in Theory and Technique], Int. J. Psycho-Anal., 51:176–181.

Kohut, H. (1970b), Scientific Activities of the American Psychoanalytic Association: An Inquiry, J. Amer. Psychoanal. Assn., 18:462–484.

Kohut, H., şi Seitz, P.F.D. (1936), Concepts and Theories of Psychoanalysis, în: Concepts of Personality, ed. J.M., Wepman şi R. Heine, Chicago: Aldine, pp. 113–141.

Koyré, A. (1968), Metaphysics and Measurement: Essays in Scientific Revolution in 17th Century Science, Cambridge: Harvard University Press.

Kramer, M.K. (1959), On the Continuation of the Analytic Process after Psycho-Analysis, Int. J. Psycho-Anal., 40:17–25.

Kris, E. (1950), Notes on the Development and on Some Current Problems of Psychoanalytic Child Psychology, The Psychoanalytic Study of the Child, 5:24–46.

Kris, E. (1951), Ego Psychology and Interpretation in Psychoanalytic Therapy, Psychoanal. Quart., 20:15–30.

Kris, E. (1956a), The Recovery of Childhood Memories in Psychoanalysis, The Psychoanalytic Study of the Child, 11:54–88.

Kris, E. (1956b), On Some Vicissitudes of Insight in Psycho-Analysis, Int. J. Psycho-Anal., 37:445–455.

Kubie, L.S. (1958), Neurotic Distortions of the Creative Process, New York: Noonday Press.

Kubie, L.S. (1967), The Relation of Psychotic Disorganization to the Neurotic Process, J. Amer. Psychoanal. Assn., 15:626–640.

Kubie, L.S. (1971), The Destructive Potential of Humour in Psychotherapy, Amer. J. Psychiat., 127:861–866.

Lagache, D. (1961), La Psychanalyse et la Structure de la Personnalité, Paris: Presses Universitaires de France.

Lampl-de Groot, J. (1947, 1956), The Origin and Development of Guilt Feelings, The Development of the Mind, New York: International Universities Press, pp. 126–137.

Lampl-de Groot, J. (1953), Depression and Aggression, în Drives, Affects, Behavior, coord. de R.M. Loewenstein, New York: International Universities Press, Volumul I, pp. 153–168.

Lampl-de Groot, J. (1954), Problems of Psycho-Analytic Training, Int. J. Psycho-Anal., 35:184–187.

Lampl-de Groot, J. (1956), The Role of Identification in Psycho-Analytic Procedure, Int. J. Psycho-Anal., 37:456–459.

Lampl-de Groot, J. (1960), On Adolescence, The Psychoanalytic Study of the Child, 15:95–103.

Lampl-de Groot, J. (1962), Ego Ideal and Superego, The Psychoanalytic Study of the Child, 17:94–106.

Lampl-de Groot, J. (1963, 1965), Superego, Ego Ideal, and Masochistic Fantasies, The Development of the Mind, New York: International Universities Press, pp. 351–363.

Langer, S. (1942, 1957), Philosophy in a New Key, Cambridge: Harvard University Press, a treia ed.

Levin, D.C. (1969), The Self: A Contribution to Its Place in Theory and Technique, Int. J. Psycho-Anal., 50:41–51.

Lewin, B.D. (1954), Sleep, Narcissistic Neurosis and the Analytic Situation, Psychoanal. Quart., 23:487–510.

Lichtenstein, H. (1964), The Role of Narcissism in the Emergence and Maintenance of a Primary Identity, Int. J. Psycho-Anal., 45:49–56.

Limentani, A. (1966), A Re-evaluation of Acting Out in Relation to Working

Through, Int. J. Psycho-Anal., 47:274–285.

Little, M. (1966), Transference in Borderline States, Int. J. Psycho-Anal., 47:476–485.

Loch, W. (1966), Studien zur Dynamik, Genese und Therapie der frühen Objektbeziehungen, Psyche, 20:881–903.

Loch, W. (1967), Psychoanalytische Aspekte zur Pathogenese und Struktur depressiv-psychotischer Zustandsbilder, Psyche, 21:758–779.

Loewald, H.W. (1960), On the Therapeutic Action of Psycho-Analysis, Int. J. Psycho-Anal., 41:16–33.

Loewald, H.W. (1962), Internalization, Separation, Mourning, and the Superego, Psychoanal. Quart., 31:483–504.

Loewald, H.W. (1965), On Internalization (nepublicat), citat în: Schafer, R. (1968), Aspects of Internalization, New York: International Universities Press.

Loewenstein, R.M. (1957), Some Thoughts on Interpretation in the Theory and Practice of Psychoanalysis, The Psychoanalytic Study of the Child, 12:127–150.

Lustman, S.L. (1968), The Economic Point of View and Defense, The Psychoanalytic Study of the Child, 23:189–203.

Mahler, M.S. (1952), On Child Psychosis and Schizophrenia, The Psychoanalytic Study of the Child, 7:286–305.

Mahler, M.S. (1968), On Human Symbiosis and the Vicissitudes of Individuation. New York: International Universities Press.

Mahler, M.S., şi Gosliner, B.J. (1955), On Symbiotic Child Psychosis, The Psychoanalytic Study of the Child, 10:195–212.

Mahler, M.S., şi La Perriere, K. (1965), Mother-Child Interaction during Separation-Individuation, Psychoanal. Quart, 34:483–498.

Maier, N. (1931), Reasoning in Humans, J. Comp. Psychol., 12:181–194.

Moser, Tilmann (1969), 26. Internationaler Psychoanalytikerkongress: Bericht aus Rom (relatare), 8 august 1969.

Murphy, L. (1960), Pride and Its Relation to Narcissism, Autonomy and Identity, Bull. Menninger Clin., 24:136–143.

Murray, J.M., (1964), Narcissism and the Ego Ideal, J. Amer. Psycho-Anal. Assn., 12:477–511.

Nagera, H. (1964), Autoerotism, Autoerotic Activities, and Ego Development, The Psychoanalytic Study of the Child, 19:240–255.

Nemiah, J.C. (1961), Foundations of Psychopathology, New York: Oxford University Press.

Niederland, W.G. (1959a), The „Miracled-up“ World of Schreber’s Childhood, The Psychoanalytic Study of the Child, 14:383–413.

Niederland, W.G. (1959), Schreber: Father and Son, Psychoanal. Quart., 28:151–169.

Niederland, W.G. (1960), Schreber’s Father. J. Amer. Psychoanal. Assn., 8:492–499.

Niederland, W.G. (1965), Narcissistic Ego Impairment in Patients with Early Physical Malformations, The Psychoanalytic Study of the Child, 20:518–534.

Niederland, W.G. (1969), Klinische Aspekte der Kreativität, Psyche, 23:900–928.

Nunberg, H. (1932), Allgemeine Neurosenlehre auf psychoanalytischer Grundlage, Bern: Hans Huber.

Nunberg, H. (1937, 1961), Theory of the Therapeutic Results of Psychoanalysis, Practice and Theory of Psychoanalysis, 1:165–173, New York: International Universities Press, a doua ed.

Ophuijsen, J.H.W., van (1920), On the Origin of the Feeling of Persecution, Int. J. Psycho-Anal., 1:235–239.

Ostow, M. (1967), The Syndrome of Narcissistic Tranquillity. Int.]. Psycho-Anal., 48:573–583.

Peto, A. (1961), The Fragmentizing Function of the Ego in the Transference Neurosis, Int. J. Psycho-Anal., 42:238–245.

Peto, A. (1963), The Fragmentizing Function of the Ego in the Analytic Session, Int, J. Psycho-Anal., 44:334–338.

Peto, A. (1967), Dedifferentiations and Fragmentations during Analysis, J. Amer. Psychoanal. Assn., 15:534–550.

Piers, G. şi Singer, M.B. (1953), Shame and Guilt: A Psychoanalytic and Cultural Study, Springfield, III: Thomas.

Pollock, G.H. (1964), On Symbiosis and Symbiotic Neurosis, Int., J. Psycho-Anal., 45:1–30.

Rangell, L., (1954), The Psychology of Poise, Int. J. Psycho-Anal., 35:313–332.

Rangell, L. (1955), Panel Report: The Borderline Case, J. Amer. Psychoanal. Assn., 3:285–298.

Rangell, L. (1968), The Psychoanalytic Process, Int. J. Psycho-Anal., 49:19–26.

Rangell, L. (1969), The Intrapsychic Process and Its Analysis: A Recent Line of Thought and Its Current Implications, Int. J. Psycho-Anal., 50:65–77.

Rapaport, D. (1950, 1967), The Autonomy of the Ego, Collected Papers, New York: Basic Books, pp. 357–367.

Reich, A. (1960), Pathologic Forms of Self-Esteem Regulation, The Psychoanalytic Study of the Child, 15:215–232.

Reich, W. (1933, 1945), Character-Analysis, trad. în engl. de T.P. Wolfe, New York: Orgone Institute Press.

Riesman, D. (1950), The Lonely Crowd: A Study of the Changing American Character (în colaborare cu Reuel Denney şi Nathan Glazer), New Haven: Yale University Press.

Rosen, V.H. (1958), Abstract Thinking and Object Relations, J. Amer. Psychoanal. Assn., 6:653–671.

Rosen, V.H. (1960), Some Aspects of the Role of Imagination in the Analytic Process, J. Amer. Psychoanal. Assn., 8:229–251.

Rosen, V.H. (1966), Disturbances of Representations and Reference in Ego Deviations, în: Psychoanalysis — A General Psychology, coord. de R.M. Loewenstein, L.M. Newman, M. Schur şi A.J. Solnit, New York: International Universities Press, pp. 634–654.

Rosenfeld, H. (1964), On the Psychopathology of Narcissism, Int. J. Psycho-Anal., 45:332–337.

Rosenfeld, H. (1969), On the Treatment of Psychotic States by Psychoanalysis, Int. J. Psycho-Anal., 50:615–631.

Ross, N. (1960), Rivalry with the Product, J. Amer. Psychoanal. Assn., 8:450–463.

Ross, N. (1967), The „As If“ Concept, J. Amer. Psychoanal. Assn., 15:59–82.

Sandler, J., Holder, A. şi Meers, D. (1963), The Ego Ideal and the Ideal Self, The Psychoanalytic Study of the Child, 18:139–158.

Sandler, J., şi Rosenblatt, B. (1962), The Concept of the Representational World, The Psychoanalytic Study of the Child, 17:128–145.

Saul, L. (1947), Emotional Maturity: The Development and Dynamics of Personality, Philadelphia: Lippincott.

Saussure, R. de (1965), Les sources subjectives de la theorie du narcissisme chez Freud, Rev. Franç. Psychanal., 29:475–483.

Schafer, R. (1968), Aspects of Internalization, New York: International Universities Press.

Schreber, D.G.M. (1865, 1891), Das Buch der Erziehung an Leib und Seele, Leipzig: Fleischer Verlag, a treia ediţie.

Schreber, D.P. (1903, 1955), Memoirs of My Nervous Illness, Londra: Dawson.

Schumacher, W. (1970), Bemerkungen zur Theorie des Narzissmus, Psyche, 24:1–22.

Schur, M. (1966), Some Additional „Day Residues“ of „The Specimen Dream of Psychoanalysis“, în: Psychoanalysis — A General Psychology, editat de R.M. Loewenstein, L.M. Newman, M. Schur şi A.J. Solnit, New York: International Universities Press, pp. 45–85.

Schwing, G. (1940, 1954), A Way to the Soul of the Mentally Ill, New York: International Universities Press.

Segel, N.P. (1969), Panel Report: Narcissistic Resistance, J. Amer. Psychoanal. Assn., 17:941–954.

Silberer, H. (1909–1951), Report on a Method of Eliciting and Observing Certain Symbolic Hallucinations, în: Organization and Pathology of Thought, tradus şi editat de D. Rapaport, New York: Columbia University Press, pp. 195–207.

Spiegel, L.A. (1966), Affects in Relation to Self and Object, The Psychoanalytic Study of the Child, 21:69–92.

Spitz, R.A. (în colaborare cu K. Wolf) (1949), Autoerotism, The Psychoanalytic Study of the Child, 3/4:85–120.

Spitz, R.A. (1950), Relevancy of Direct Infant Observation, The Psychoanalytic Study of the Child, 5:66–73.

Spitz, R.A. (1957), No and Yes: On the Genesis of Human Communication, New York: International Universities Press.

Spitz, R.A. (1961), Some Early Prototypes of Ego Defenses, J. Amer. Psychoanal. Assn., 9:626–651.

Spitz, R.A. (în colaborare cu W.G. Cobliner) (1965), The First Year of Life, New York: International Universities Press.

Stein, M. (1958), The Cliché: A Phenomenon of Resistance, J. Amer.

Psychoanal. Assn., 6:263–277.

Sterba, E. (1960), In Panel: The Psychology of Imagination, rep. H. Kohut, J. Amer. Psychoanal. Assn., 8:159–166.

Sterba R.F. (1934), The Fate of the Ego in Analytic Therapy, Int. J. Psycho-Anal., 15:117–126.

Sterba R.F. (1960), In Panel: The Psychology of Imagination, rep. H. Kohut, J. Amer. Psychoanal. Assn., 8:159–166.

Sterba R.F. (1969), The First Psychoanalytic Hour, Discuție la al treilea Congres Panamerican de Psihanaliză, New York.

Stern, A. (1938), Psychoanalytic Investigation of and Therapy in the Borderline Neuroses, Psychoanal. Quart., 7:467–489.

Stone, L. (1957), Psychoanalytic Situation and Transference, J. Amer. Psychoanal. Assn., 15:3–58.

Sullivan, H.S. (1940, 1947), Conceptions of Modern Psychiatry, Washington: William Alanson White Psychiatric Foundation.

Székely, L. (1967), The Creative Pause, Int. J. Psycho-Anal., 48:353–367.

Székely, L. (1970), Uber den Beginn des Maschinenzeitalters: Psychoanalytische Bemerkungen über das Erfinden, Schweiz. Z. Psychol., 29:273–282.

Tartakoff, H.H. (1966), The Normal Personality in Our Culture and the Nobel Prize Complex, în: Psychoanalysis — A General Psychology, editor R.M. Loewenstein, L.M. Newman, M. Schur și A.J. Solnit, New York: International Universities Press, pp. 222–252.

Tausk, V. (1919, 1933), On the Origin of the „Influencing Machine“ in Schizophrenia, Psychoanal. Quart., 2:519–556.

Tolpin, P.H. (1969), Some Psychic Determinants of Orgastic Dysfunctions prezentat Societății psihanalitice din Chicago în octombrie 1969 (nepublicat).

Waals, H.G. van der (1965), Problems of Narcissism, Bull. Menninger Clin.,

29:293–311.

Waelder, R. (1936), The Problem of the Genesis of Psychical Conflict in Earliest Infancy: Remarks on a Paper by Joan Rivière, Int. J. Psycho-Anal., 18:406–473.

Waelder, R. (1939), Kriterien der Deutung, Int. Z. Psychoanal., 24:136–145.

Weiss, J. (1966), Panel Report: Clinical and Theoretical Aspects of „As If“ Characters, J. Amer. Psychoanal. Assn., 14:569–590.

Whitman, R.M. şi Kaplan, S.M. (1968), Clinical, Cultural and Literary Elaborations of the Negative Ego-Ideal, Comprehensive Psychiatry, 9:358–371, Copyright: H.M. Stratton, Inc.

Winnicott, D.W. (1953), Transitional Objects and Transitional Phenomena, Int. J. Psycho-Anal., 34:89–97.

Wulff, M. (1946), Fetishism and Object Choice in Early Childhood, Psychoanal. Quart., 15:450–471.

Wulff, M. (1957), Therapeutic Alliance in the Psychoanalysis of Hysterical Syndromes (lucrare nepublicată).

Zeigarnick, B. (1927), Über das Behalten von erledigten und unerledigten Handlungen, Psychol. Forsch., 9:1–85.

Zetzel, E.R. (1956), Current Concepts of Transference, Int. J. Psycho-Anal., 37:369–376.

Zetzel, E.R. (1965), The Theory of Therapy in Relation to a Developmental Model of the Psychic Apparatus, Int. J. Psycho-Anal., 46:39–52.